



ISPA | Instituto Universitário

**A Memória Autobiográfica na Perturbação de Stress Pós-Traumático:
Um Estudo com Veteranos da Guerra Colonial Portuguesa**

Mário Jorge Macedo Nunes

Orientador de Dissertação:
PROF. DOUTOR VÍCTOR CLÁUDIO

Coordenador de Seminário de Dissertação:
PROF. DOUTOR VÍCTOR CLÁUDIO

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:
Mestre em Psicologia
Especialidade em Psicologia Clínica

2010

Dissertação de Mestrado realizada sob a
orientação do Prof. Doutor Victor Cláudio,
apresentada no Instituto Superior de
Psicologia Aplicada para obtenção de grau de
Mestre na especialidade de Psicologia Clínica
conforme o despacho da DGES, nº
19673/2006 publicado em Diário da
República 2ª série de 26 de Setembro, 2006

Agradecimentos

O trabalho que apresento ter-me-ia sido impossível se não tivesse recebido os mais diferentes tipos de apoio durante todo este percurso, é por isso que agradeço especialmente:

Ao Prof. Doutor Victor Cláudio, pela orientação e motivação, estabelecendo sempre objectivos mais altos, ajudando-me a transformar as dificuldades em desafios que me possibilitaram uma aprendizagem única.

À Dr.^a Teresa Infante da Associação dos Deficientes das Forças Armadas, cuja boa vontade e colaboração absolutamente incansáveis desde o primeiríssimo minuto tornou este trabalho possível, agradeço, muito profundamente, todo o empenho no apoio a este trabalho.

À Dr.^a Paula Sousa, pela motivação e apoio

Aos meus Pais, pelo todo suporte de base que me permitiu ter a segurança necessária.

Aos meus amigos, Paulo, Daniel, Bárbara e Beta, pela amizade e sempre frutífera aprendizagem na troca de ideias e experiências.

À Cláudia, pela abundante corrente de amor que mantêm a luz nos momentos mais sombrios

Por último, um agradecimento muito especial a todos os participantes, com quem tanto aprendi e cujas histórias de vida me tocaram profundamente.

Resumo

Este trabalho teve como objectivo o estudo da relação entre a evocação de Memórias Autobiográficas e a Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT). Numerosas investigações neste campo têm vindo a salientar o facto de se verificar uma sobregeneralização das memórias autobiográficas em pessoas diagnosticadas com PSPT.

Comparámos dois grupos de veteranos de guerra. Num dos grupos os participantes apresentavam diagnóstico de PSPT, o segundo grupo não apresentava alteração psicopatológica. Foram utilizados quatro instrumentos clínicos de auto-avaliação e um de avaliação de conhecimento de vocabulário. Utilizou-se uma Tarefa de Memória Autobiográfica, sendo esta constituída por trinta palavras-estímulo, dez positivas, dez negativas e dez neutras. Avaliámos a estrutura e valência emocional das memórias evocadas por ambos os grupos.

Os resultados deste estudo convergem com a maioria das investigações análogas, indicando que os participantes diagnosticados com PSPT evocam significativamente menos memórias autobiográficas de estrutura específica quando comparados com participantes sem alteração psicopatológica, estes resultados evidenciam o fenómeno da sobregeneralização. Paralelamente, observou-se que os veteranos diagnosticados com esta perturbação evocaram significativamente mais memórias autobiográficas de valência negativa, sendo que, os veteranos sem perturbação psicopatológica apresentaram maioritariamente memórias positivas.

Constatamos que, nos participantes diagnosticados com PSPT, existe uma tendência a descrições categóricas negativas. Supõe-se que a intrusão de memórias de eventos negativos e/ou relacionados com o trauma, assim como os mecanismos de evitamento presentes neste tipo de perturbação, possam resultar numa diminuição de alguns recursos cognitivos, entre estes o acesso a memórias autobiográficas com maior especificidade.

Palavras-chave: Memória Autobiográfica; Stress Pós-traumático; Sobregeneralização

Abstract

The aim of this study was to access the relationship between the recall of autobiographical memories and Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). Numerous investigations in this field have pointed out the existence of the so-called overgenerality of autobiographical memories in people diagnosed with PTSD.

We compared two groups of war veterans. In one group, the subjects were diagnosed with PTSD, whereas the other group had no psychopathological disorder. We used four clinical instruments of self-assessment and an assessment of vocabulary knowledge. An autobiographical memory task was used, consisting of thirty stimulus words, ten positive, ten negative and ten neutral. The structure and emotional valence of the memories recalled by both groups were evaluated.

The results of this study converge with the majority of similar investigations, indicating that participants diagnosed with PTSD recall significantly less autobiographical memories of specific structure when compared with subjects without psychopathological disorder. These results support the phenomenon of *overgeneral* memory. We also come to the conclusion that veterans that, veterans diagnosed with this disorder recall significantly more autobiographical memories of negative valence, and the veterans without psychopathological disorder recall mostly positive memories.

Finally, we found, that, in subjects diagnosed with PTSD, there is a tendency to negative categorical self-descriptions. Therefore, It is assumed that the intrusion of memories of negative events and / or related to trauma, as well as the mechanisms of avoidance in this type of disturbance can result in a decrease of some cognitive resources, among them, the access to autobiographical memories with greater specificity.

Keywords: Autobiographical Memory, Post Traumatic Stress; Overgenerality

Índice

Introdução	1	
Capítulo I: Memória Autobiográfica		
1. Memória Humana – Conceitos Gerais.....	4	
2. Memória Autobiográfica.....	6	
3. Características e Funções da Memória Autobiográfica.....	7	
4. Evocação de memórias autobiográficas ao longo do ciclo de vida.....	8	
Capítulo II: A Perturbação de Stress Pós-Traumático		
1. O que constitui um Acontecimento Traumático.....	11	
2. Perturbação de Stress Pós-Traumático.....	12	
3. Factores de Risco.....	14	
4. Etiologia: teorias cognitivas	15	
5. Comorbilidade com outras perturbações psicológicas.....	18	
Capítulo III: Trauma e Sobregeneralização na Memória Autobiográfica		
1. Sobregeneralização da Memória Autobiográfica.....	21	
2. Sobregeneralização: Teorias explicativas.....	23	
Capítulo IV: Objectivo do Estudo e Hipóteses de Investigação		27
Capítulo V: Método		
Participantes.....	30	
Instrumentos.....	32	
• Tarefa de Memória Autobiográfica.....	32	
• Inventário da Depressão de Beck.....	33	
• Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático.....	33	
• Sub-teste Verbal da Escala de Wechsler para Adultos.....	34	
• Questionário Sócio-Demográfico.....	35	

• Procedimento.....	36
---------------------	----

Capítulo VI: Análise dos Resultados

Análise dos Resultados no Sub-teste de Vocabulário da WAIS.....	38
---	----

Inventário da Depressão de Beck.....	38
--------------------------------------	----

Escala de Resposta ao Acontecimento Traumático.....	39
---	----

Tarefa de Memória Autobiográfica

• Total de memórias autobiográficas evocadas.....	41
---	----

• Total de memórias autobiográficas de valência positiva e negativas evocadas.....	41
---	----

• Total de memórias autobiográficas evocadas por agrupamento de valências das palavras estímulo.....	41
---	----

• Total de memórias autobiográficas evocadas em cada palavra-estímulo.....	43
---	----

• Total de memórias autobiográficas evocadas de estrutura específica, alargada e categórica.....	45
---	----

• Total de memórias autobiográficas de valência positiva e negativa de acordo com estrutura específica, alargada e categórica....	45
--	----

• Análise das memórias autobiográficas ao longo do ciclo de vida.....	49
---	----

Análise da Correlação entre os resultados obtidos nas escalas clínicas.....	49
--	----

Análise das correlações entre os resultados obtidos nas escalas clínicas e os factores analisados na Tarefa de Memória Autobiográfica.....	50
---	----

Capítulo VII: Síntese e Discussão dos Resultados	52
---	----

Capítulo VIII: Conclusões	59
--	----

Referências	62
--------------------------	----

Anexos.....	67
--------------------	-----------

Lista de Quadros e Tabelas

Quadro 1:

Descrição das variáveis de caracterização do grupo experimental(PSPT) e grupo de controlo

Quadro 2:

Médias, Desvio Padrão e significância da diferença das médias do Sub-teste Verbal de Vocabulário da WAIS, no grupo experimental e grupo de controlo

Quadro 3:

Médias, Desvio Padrão e significância da diferença das médias do Inventário da Depressão de Beck, no grupo experimental e grupo de controlo.

Quadro 4:

Médias, Desvio Padrão e significância da diferença das médias na Escala de Resposta ao Acontecimento Traumático, no grupo experimental e grupo de controlo.

Quadro 5:

Médias, Desvio Padrão e significância da diferença dos totais de memórias autobiográficas evocadas, valência das memórias e memórias evocadas por agrupamentos de palavras estímulo no grupo experimental e grupo de controlo

Quadro 6:

Desvio Padrão do total de memórias autobiográficas evocadas em cada Palavra Estímulo no grupo experimental e grupo de controlo

Quadro 7:

Médias, Desvio Padrão e significância da diferença dos totais de memórias autobiográficas de estrutura específica, alargada, categórica e valência das memórias de acordo com a sua estrutura, no grupo experimental e grupo de controlo.

Lista de Anexos

ANEXO A - Consentimento Informado

ANEXO B- Inventário da Depressão de Beck

ANEXO C- Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático

ANEXO D- Sub-teste Verbal da Escala de Wechsler para Adultos

ANEXO E- Questionário Sócio-Demográfico

Introdução

*Eu corro atrás da memória
De certas coisas passadas
Como de um conto de fadas,
De uma velha, velha história*

*Tão longe do que hoje sou
Que nem sei se quem recorda
Foi aquele que as passou,
Ou se apenas as sonhou
E agora, súbito, acorda.*

Francisco Bugalho, "Canções de Entre Céu e Terra"

*Impressa tenho na alma larga história
Deste passado bem, que nunca fora;
Ou fora, e não passara: mas já agora
Em mim não pode haver mais que a memória.*

*Vivo em lembranças, morro de esquecido
De quem sempre deveria ser lembrado,
Se lhe lembrara estado tão contente.*

Luís Vaz de Camões, "Sonetos"

A Perturbação de Stress Pós-Traumático actualmente apresenta uma considerável incidência na população portuguesa (Maia & Fernandes, 2003). Uma experiência traumática pode assumir as mais variadas formas, constituindo a possibilidade de se metamorfosear num quadro de Perturbação de Stress Pós-Traumático. Entre 1961 e 1974, Portugal entrou num conflito armado denominado "Guerra Colonial", durante estes anos milhares de Portugueses estiveram expostos a violentos combates. Os teatros de guerra, com toda a violência que comportam, são um dos mais propícios contextos para que se desenvolva esta perturbação. Desde as idades mais remotas que se assiste às nefastas consequências que as guerras, marcos exponenciais da violência humana, deixam na existência de quem a vivenciou, são as cicatrizes na alma, as marcas indeléveis que deixam na memória são corrosivas, como brilhantemente descreve Luís Quintais (2000) "A memória traumática destrói. Promete o sujeito à fragmentação, ou à dissociação, a usar um dos seus avatares psiquiátricos. Promete-o a uma impossibilidade: a de se auto constituir como sujeito, a de encontrar uma narrativa que confira sentido ao seu percurso" (p.66).

A Memória Autobiográfica é fundamental para constituir um sentido de identidade própria, permitindo a narrativa pessoal, reconhecendo-nos no presente à luz das experiências passadas, como refere Bluck, Habermas, & Rubin (2005) é fundamental para a noção de auto-identidade, permitindo a permanência e continuidade do self através do tempo, assim como a adaptação da pessoa ao seu meio interior e exterior.

Numerosas investigações indicam existir uma associação entre sobregeneralização das memórias autobiográficas, i.e uma menor especificidade nas memórias evocadas e a Perturbação de Stress Pós-traumático. O objectivo deste trabalho foi o de melhor compreender esta relação, avaliando a estrutura e valência emocional das memórias evocadas em veteranos de guerra com e sem diagnóstico de Perturbação de Stress Pós-traumático.

Assim, no **capítulo I** fazemos uma revisão geral sobre o conceito de memória autobiográfica, nomeadamente as suas funções, características e estratégias de evocação ao longo do percurso de vida, assim como a distinção entre memórias de estrutura específica, alargada e categórica.

No **capítulo II** abordamos a Perturbação de Stress Pós-Traumático, definindo o que é considerado um evento traumático, como se desenvolve, factores de vulnerabilidade e exploramos diversas teorias sobre a sua etiologia, manutenção e propostas terapêuticas.

As investigações sobre a relação entre a perturbação de Stress Pós-Traumático e a sobregeneralização da memórias autobiográfica relação são abordadas no **capítulo III**, assim como as teorias desenvolvidas a este respeito.

No capítulo IV expomos os objectivos e as hipóteses de investigação, sendo posteriormente a metodologia utilizada exposta no **capítulo V**. Os resultados obtidos são estatisticamente analisados no **capítulo VI**. A discussão destes, feita à luz dos quadros teóricos é elaborada no **capítulo VII**, Sendo, por último, feita uma reflexão sobre as conclusões do estudo no **capítulo VIII**

Capítulo I

Memória Autobiográfica

1. Memória Humana – Conceitos Gerais

O termo *memória* representa um vastíssimo e complexo conjunto de processos neuropsicológicos e cognitivos que possibilitam adquirir, conservar e restituir informações (Anderson, 2000), i.e. permite estabelecer ligações entre o passado e o presente, retendo aprendizagens, ideias, sensações e impressões adquiridas anteriormente, possibilitando-nos constituir um sentido de identidade própria (Tulving, 2002), assim como o desenvolvimento de todas as competências decorrentes da aprendizagem.

Em 1855 Herman Ebbinghaus elaborou a primeira tentativa de estudo experimental da memória (Anderson, 2000; Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2003; Robinson, 1992), estabelecendo uma “curva de esquecimento” que serviu de base para os subsequentes estudos sobre a memorização e esquecimento. De acordo com Doron e Parot (2001), os dados provenientes da psicologia experimental e da psicologia cognitiva sugerem a existência de múltiplos subsistemas de memória. Verificam-se assim distinções ao nível da *dimensão temporal*, i.e. o tempo que a informação adquirida permanece disponível, e distinções quanto ao *conteúdo* da informação evocada (Fank & Fernandez, 2006). No respeitante ao *tempo* as categorizações mais comumente aceites são: (1) *memória sensorial* que conserva as características do estímulo durante menos de um segundo; (2) *memória de curto prazo* com a durabilidade de poucos segundos, conservando a informação sobre o que está a ser processado, dispondo de uma capacidade de armazenamento em média de sete itens (Miller, 1956); (3) *memória a longo prazo* de durabilidade e capacidade (armazenamento) muitíssimo extensa.

Relativamente ao *conteúdo da informação* que é memorizada, verifica-se uma distinção entre *memória semântica* e *memória episódica ou autobiográfica*, (Cohen, 1993; Doron & Parot, 2001), sendo que a primeira relaciona-se com a globalidade dos conhecimentos adquiridos pelo indivíduo no decurso da sua vida, tais como a linguagem, regras sociais, conceitos, significados, trata-se do “conjunto de factos e informações sobre o mundo do indivíduo” (Fank & Fernandez, 2006). A segunda prende-se com acontecimentos particulares, de carácter pessoal localizados no tempo e no espaço, que frequentemente comportam uma significativa carga afectiva, é o aspecto da memória que está relacionado com as experiências passadas do próprio (Williams, Watkins, Dalgleish, & Hermans, 2007). É porém, fundamental, compreender a intricada interacção entre estes dois sistemas de memória, sendo que “o acesso á memória semântica é necessário para apreciar a significação e a importância dos

acontecimentos em curso, que a memória episódica opera” (Doron & Parot, 2001), esta posição é igualmente apoiada por Cohen (1993) ao postular que se trata de uma interdependente relação na qual o conhecimento semântico constitui-se a partir de memórias episódicas, através de um processo de generalização e, por seu lado, as memórias episódicas seriam interpretadas e classificadas em função do conhecimento semântico geral sob a forma de esquemas e guiões.

Segundo a definição de (Doron & Parot, 2001) os esquemas seriam “ uma estrutura cognitiva que especifica as propriedades gerais de um objecto ou de um acontecimento, e abandona todo o aspecto específico ou contingente. Permite que objectos sejam ligados a categorias gerais, e, de seguida, que herdem as suas propriedades” (p.298). Por sua vez, um guião seria parte de um esquema particular que descreve um padrão sequencial de acções / comportamento num determinado contexto, um exemplo clássico é apresentado por Schank (1982), no qual o autor refere que associado a um esquema de “refeição” encontra-se o guião: estar sentado, consultar o menu, pedir a comida, pagar, sair, etc.

Outra distinção presente nas categorizações da memória é entre *memória explícita* e *memória implícita*, como refere Anderson (2000), por *memória explícita* entende-se o conjunto conhecimentos adquiridos que conseguimos conscientemente evocar, sendo que a *memória implícita* representa os conhecimentos que, apesar de já terem sido adquiridos, não são evocados conscientemente, i.e. apresentam-se de forma automática numa determinada tarefa / situação, sendo uma “memória sem consciência” (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2003) na qual somos influenciados pelas experiências e aprendizagens passadas de forma involuntária, ou seja, sem evocação voluntária da informação. Um exemplo clínico deste fenómeno é nos dado por António Damásio, no qual um determinado paciente “David” cuja capacidade mnésica fora drasticamente afectada por uma encefalite, tendo sido afectadas certas regiões do cérebro, especialmente nos lobos temporais esquerdo e direito, levando a perder a capacidade de aprender qualquer facto novo, ou fornecer dados específicos sobre a sua história pessoal (Damásio, 1999), “Ao contrário de nós, David nunca consegue invocar as características específicas de coisas, pessoas, locais ou acontecimentos únicos” (p.146), no entanto, “consegue jogar um longo jogo de damas – e ganhar! Embora não saiba o nome do jogo e não seja capaz de nomear uma única regra do jogo ou lembrar-se de quando jogou pela última vez” (p.144). Fora do âmbito clínico, Anderson (2000), exemplifica este fenómeno ao referir o facto de que muitos dactilógrafos não conseguem lembrar-se da organização das letras no teclado, no entanto, conseguem dactilografar fluentemente sem olharem para o teclado.

Assim, sumariamente, podemos considerar que para recordar algo com sucesso verificam-se três etapas, a primeira é a *aquisição* na qual a informação começa por ser apreendida, em seguida, caso a aquisição seja bem sucedida, a informação é codificada (traço mnésico), sendo esta a segunda fase designada por *codificação*. Por último, deve-se poder aceder ao conteúdo através da *evocação* ou recuperação da informação inicialmente adquirida. No entanto, é de salientar, como referem (Williams, Watts, Macleod, & Mathews, 2000) a importância do humor nos processos de codificação e evocação, assim como o *contexto* em que a informação é codificada (Godden & Baddeley, 1975), a *familiaridade* do conteúdo e os efeitos de *primazia e recência* (Anderson, 2000), como factores cruciais para uma evocação bem sucedida. Algumas das temáticas aqui abordadas serão exploradas em maior detalhe na próxima secção em que nos debruçaremos especificamente sobre as memórias autobiográficas.

2. Memória Autobiográfica

Como referimos anteriormente, o conceito de memória autobiográfica pode ser sumariado como o conjunto de informação relacionada com o próprio, ou seja a recordação de experiências passadas do indivíduo (Cohen, 1993; Groeger, 1997; Conway M. , 1997; Tulving, 2002; Williams, Watkins, Dalgleish, & Hermans, 2007). A distinção mais clara entre memória semântica e memória autobiográfica surgiu com Endel Tulving, que em 1972 propôs a noção de memória episódica (ME) enquanto um subsistema de memória com particularidades distintas da memória semântica (Tulving, 2002; Conway, 1997), uma das distinções prende-se com a preservação do contexto, i.e. enquanto as memórias episódicas preservam a informação relativa ao contexto da experiência vivida pelo sujeito, em especial a retenção de acontecimentos pessoais significativos, contrastando com as memórias semânticas as quais apresentam-se destituídas de qualquer contexto espaço-temporal, assim como desprovidas emoções. No decorrer da última década importantes investigações na área da psicofisiologia / imagiologia têm vindo a clarificar as distinções e inter-relações existentes entre estes sistemas de memória e as estruturas corticais associadas a cada um deles, em especial o papel do hipocampo. (Moscovitch, et al., 2005; Fank & Fernandez, 2006; Tulving, 2002).

Tulving (2002), postula que a memória semântica é sempre primária, servindo de base estrutural à memória episódica, posteriormente, considera que, a essência da memória episódica consiste na conjunção de três conceitos fundamentais, nomeadamente: O *self*; o sentido de si e a noção subjectiva do tempo, assim, segundo

o autor, “a memória episódica é orientada para o passado como nenhum outro tipo de memória, ou sistema de memória. É o único sistema de memória que permite que as pessoas possam conscientemente re-experienciar acontecimentos passados” (p.6). Esta visão é ilustrada por Conway (1997) que, metaforicamente, compara a memória semântica a uma enciclopédia enquanto a memória autobiográfica seria semelhante a um diário (p.221). Assim, de acordo com Tulving (2002), a memória episódica estaria especificamente relacionada com um determinado evento num tempo e espaço concretos, e na qual o indivíduo estaria envolvido, isto é definido pelo autor como “*autonoesis*”. Nelson & Fivush (2004), apoiados na teoria de Tulving, definiram que as memórias autobiográficas seriam memórias explícitas e declarativas, referenciadas a pontos específicos do passado do indivíduo, pessoalmente significantes que envolvem emoções, motivações e baseadas na interação com os outros e com o mundo.

3. Características e Funções da Memória Autobiográfica

A memória autobiográfica é fundamental para a noção de identidade, permitindo a permanência e continuidade do *self* através do tempo, assim como a adaptação da pessoa ao seu meio interior e exterior. (Bluck, Habermas, & Rubin, 2005; Fank & Fernandez, 2006; Conway & Pleydell-Pearce, 2000). As M.A encontram-se intimamente associadas aos afectos do indivíduo, encontrando-se permanentemente num processo de transformação e reconstrução. Desta forma, as modificações na pessoa implicam uma modificação na memória autobiográfica (Conway & Pleydell-Pearce, 2000; Conway, Singer, & Tagini, 2004).

Os diversos estudos e propostas teóricas relativas às *funções* da M.A, i.e. qual a *utilidade* das memórias autobiográficas na vida dos indivíduos, apontam para três funções, nomeadamente: *Função do self*; *Função social*; e *Função Directiva*. (Bluck, Habermas, & Rubin, 2005; Williams, Watkins, Dalgleish, & Hermans, 2007)

Estas funções foram classificadas por Robinson (1992) como *intrapessoais* e *interpessoais*, como o próprio refere, estas funções influenciam-se mutuamente, não podendo por isso ser pensadas separadamente. Ao nível interpessoal destacam-se o papel da M.A na manutenção e desenvolvimento de relações pessoais significativas através da partilha de um passado comum, o autor considera que as relações tendem a deteriorar-se quando a capacidade de evocar memórias de experiências vividas em conjunto fica comprometida. Ao nível intrapessoal é salientada relação entre memória e estados de humor, motivação e comportamento, assim a “memória autobiográfica é um recurso vital na regulação de estados de humor e motivação” (p.243). Segundo Bluck, Habermas, & Rubin (2005) e Conway & Pleydell-Pearce (2000), a *função do self*

da M.A revela-se na continuidade e desenvolvimento da identidade pessoal ao longo do tempo, mantendo a coerência do *self*, fornecendo igualmente as bases promotoras do desenvolvimento. A *função directiva* encontrar-se-ia intimamente ligada á capacidade de resolução de problemas (Cohen, 1993; Williams, Watts, Macleod, & Mathews, 2000), como refere Bluck (2003), a capacidade de recordar acontecimentos passados é determinante para direccionar o comportamento futuro, ou seja, a capacidade de se projectar no futuro. Por último a *função social*, corresponderia ao nível interpessoal de Robinson, onde as M.A desempenham um papel fundamental na transmissão de ensinamentos e experiências de vida, desenvolver a empatia e promoção da intimidade numa relação. (Bluck, 2003; Bluck, Habermas, & Rubin 2005).

4. Evocação de memórias autobiográficas ao longo do ciclo de vida

As investigações no âmbito das M.A têm revelado a existência de padrões de esquecimento ao longo do ciclo de vida dos indivíduos (Rubin & Schulkind, 1997) tendo sido verificadas três fases distintas na distribuição de memórias autobiográficas ao longo da vida, sendo designadas por: amnésia Infantil; período de reminiscência e efeito de recência (Groeger, 1997; Conway, 1991; Robinson, 1992).

Amnésia infantil, designação inicialmente utilizada por Freud (Wetzler & Sweeney, 1986) é o termo utilizado para o esquecimento de grande parte dos acontecimentos decorridos na infância, mais especificamente até aos seis anos de vida, este esquecimento seria quantitativamente mais acentuado do que o esquecimento “normal”, i.e. o padrão de esquecimento progressivo que se verifica no tempo desde o momento da ocorrência até ao presente (Wetzler & Sweeney, 1986), sendo que, como refere Cohen (1993), isto não significa que a memória esteja completamente perdida, mas que se verifica uma deficiente capacidade de evocação de acontecimentos neste período. Têm sido colocadas algumas hipóteses explicativas deste fenómeno, dando origem a diferentes perspectivas. Freud (1915), considera que a amnésia infantil pode ser o resultado do recalçamento de determinados conteúdos emocionais, sendo assim um mecanismo defensivo. Numa abordagem mais cognitiva, Tulving (2002) considera que as discrepâncias contextuais (internos e externos) existentes entre o momento da codificação e o momento de evocação estariam na base da amnésia infantil. Esta posição é reforçada por Cohen (1993), este autor considera que as crianças tendem a codificar informação em esquemas e guiões que se modificam com o crescimento, daí que se verifique uma dificuldade em aceder a determinados conteúdos da memória relacionados com a infância. Wetzler & Sweeney (1986), consideram que a

imaturidade do sujeito poderia resultar num défice ao nível da codificação e consequentemente ao insucesso na evocação. Outros autores como Nelson & Fivush (2004) procuram explicar o fenómeno da amnésia infantil a partir de um modelo linguístico-desenvolvimental, segundo o qual, apenas com a idade escolar as crianças desenvolveriam narrativas coerentes que, posteriormente, serviram de base à organização das memórias autobiográficas.

O *período de reminiscência* é, segundo Rubin & Schulkind (1997), caracterizado por uma inesperada subida no número de memórias evocadas pelos sujeitos, relativas ao período entre os seus dez e os vinte e cinco anos de idade. Conway (1997) considera que na raiz deste fenómeno pode estar o facto de este ser um período de formação do *self*, posição partilhada por Cohen (1993) ao salientar a importância desta etapa na qual ocorrem acontecimentos altamente significantes para a história pessoal do indivíduo.

O terceiro aspecto a salientar na distribuição de memórias é o denominado *efeito de recência*, este fenómeno (já anteriormente referido no âmbito do estudo laboratorial da memória), caracteriza-se, no âmbito das memórias autobiográficas, por uma subida na evocação de memórias relativas a acontecimentos da última década da vida dos sujeitos.

Capítulo II

A Perturbação de Stress Pós-traumático

1. O que constitui um Acontecimento Traumático.

Um evento traumático é definido como uma situação que envolve experiências de morte, perigo de morte, lesão significativa ou risco para a integridade, do próprio ou dos outros em que a resposta do indivíduo envolveu medo intenso, horror ou sensação de impotência (APA, 2004). Perante uma situação desta natureza o indivíduo sente-se desprovido de aptidões ou recursos pessoais e/ou sociais que lhe permitam confrontar a circunstância adequadamente. (Serra, 2003). Sendo que o sentido de controlo ou predictabilidade do meio envolvente fica drasticamente comprometido, conduzindo a um sentimento de desamparo e desespero, aumentando igualmente o sentido de vulnerabilidade. (Jannoff-Bulman, 1985).

A memória traumática destrói. Promete o sujeito à fragmentação, ou à dissociação, a usar um dos seus avatares psiquiátricos. Promete-o a uma impossibilidade: a de se autoconstituir como sujeito, a de encontrar uma narrativa que confira sentido ao seu percurso e aos acontecimentos em que esse percurso se desdobrou com a passagem do tempo (Quintais, 2000,p.66).

De acordo com (Anunciação, 1997; Serra, 2003) entre os tipos de acontecimentos consensualmente considerados traumáticos incluem-se: *Acidentes graves* (meios de transporte, colapsos de estruturas ou acidentes de trabalho); *Desastres naturais* (sismos, inundações, incêndios de grandes dimensões); *Agressão criminosa* (agressão física grave, sequestro, agressão sexual, abuso sexual infantil ou negligência na infância); *Exposição ao combate no decurso da vida militar* (prisioneiro de guerra, tortura, contribuir para a morte de outros) e por último, *testemunhar ou tomar conhecimento de acontecimentos traumáticos* (observar uma cena violenta ou tomar conhecimento da morte súbita de alguém a quem tinha forte ligação afectiva.)

As situações acima referidas, para além de afectar aqueles que estão directamente envolvidos, podem igualmente afectar quem presta socorro às vítimas de um acontecimento traumático, de acordo com Marcelino & Figueiras (2007) os profissionais de emergência pré-hospitalar são confrontados com situações de grande complexidade, sendo que um grande número de indivíduos admite ter passado por acontecimentos traumáticos. Segundo Nobre (1997), o mesmo é verificado no apoio humanitário em campos de refugiados, sendo por isso necessário, segundo o autor, uma selecção e preparação psicológica antes da partida.

È no entanto, fundamental, salientar que é a avaliação subjectiva que cada pessoa faz de uma determinada situação que a torna traumática, conforme sugere Serra (2003)

O julgamento de «gravidade extrema» é feito, não em função do tipo de acontecimento em si, mas em função da *avaliação, significação e impacto* que determina na pessoa. Este pormenor leva a compreender porque há seres humanos que podem sentir certos acontecimentos como traumáticos embora não correspondam verdadeiramente ao que se costuma designar por trauma. (Serra, 2003, p.74).

Ainda, segundo este autor, também o contexto cultural influencia sobejamente o significado e assimilação de acontecimentos traumáticos, os valores vigentes e hábitos culturais podem fazer variar a noção colectiva e individual de gravidade de um determinado evento, uma vez que os ideais e valores tendem a estruturar-se culturalmente. Daqui resulta que um acontecimento traumático possa ser vivido isoladamente ou em grupo.

Vários estudos epidemiológicos (Serra, 2003; Maia & Fernandes, 2003) revelam que embora a maioria das pessoas da população em geral se confrontem com uma ou mais situações traumáticas ao longo da vida, apenas uma minoria vem a desenvolver posteriormente uma perturbação de stress pós-traumático (PSPT). Um acontecimento traumático é condição necessária *mas não suficiente* para que ocorra perturbação, não existindo por isso uma relação causa-efeito entre trauma e perturbação. (Anunciação, 1997; Marcelino & Figueiras, 2007; Geraerts & Brennem, 2006).

2. Perturbação de Stress Pós-Traumático

Enquanto classificação nosológica, a perturbação de stress pós-traumático surge pela primeira vez em 1980, na edição do DSM-III (3.^a revisão do Manual Estatístico-Diagnóstico das Doenças Mentais) da associação de psiquiatria americana, e, posteriormente em 1992, na CID-10 da Organização Mundial de Saúde. No entanto, desde há muito que os clínicos têm observado os efeitos devastadores que a exposição a uma situação traumática pode causar. De acordo com Anunciação (1997) já em 1871 um médico havia observado as perturbações psicológicas que alguns soldados da guerra civil americana apresentavam após terem estado em situações de combate, esta condição veio a ser denominada de “*doença do coração irritável*” . O mesmo se veio a verificar na primeira guerra mundial, onde surgiu a nomenclatura “*neurose de guerra*” e “*neurose traumática de guerra*” ou “*grave reacção de stress*” após a segunda guerra. (Gabbard, 1998; Anunciação, 1997).

De acordo com os critérios de diagnóstico DSM-III e DSM III-R, o factor precipitante da PSPT precisaria de “*estar fora da experiência humana usual*” e consequentemente, estas seriam raras. No entanto, este critério mostrava-se incompleto por duas razões fundamentais: Em primeiro lugar muitas pessoas desenvolviam PSPT ainda que não tivessem vivido o que era considerado um evento de extrema gravidade (Gabbard, 1998), em segundo lugar as possibilidades de o ser humano ter ao longo da vida contacto com acontecimentos “traumáticos” é elevada, sendo por isso retirada a questão da raridade no domínio dos critérios (Maia & Fernandes, 2003). Assim, uma das principais alterações observadas no DSM- IV (1994) referente aos critérios de diagnóstico, é que, para além da exposição a um acontecimento traumático, foi acrescentada a resposta da pessoa (medo, horror, etc.), aumentando assim o foco na dimensão subjectiva e não apenas no tipo de acontecimento.

Segundo os critérios do DSM-IV (1994) o diagnóstico de PTSD verifica-se quando após a exposição a um acontecimento traumático se verificam os seguintes quadros sintomatológicos: (1) A reexperiência do acontecimento traumático; (2) Evitamento persistente dos estímulos associados ao trauma e embotamento da reactividade geral, e, (3); Hiperactivação fisiológica.

A reexperiência do evento traumático pode manifestar-se de diversas formas, entre as quais o aparecimento intrusivo de memórias, imagens ou percepções relacionadas com o trauma (pensamentos intrusivos); repetição de pesadelos; sensação de reviver a experiência (em estado de vigília), sendo que este fenómeno pode acompanhar-se de ilusões, alucinações, *flashbacks* e episódios dissociativos.

Os *evitamentos persistentes* de estímulos associados ao trauma traduzem-se em esforços para evitar pensamentos, sentimentos, pessoas ou lugares que desencadeiam lembranças do trauma, por vezes é igualmente verificada uma incapacidade de recordar aspectos do trauma. Pode também existir restrição nos afectos, a designada “anestesia emocional” (Serra, 2003). Segundo este autor, podem costumam ocorrer fenómenos de sobregeneralização em que “o indivíduo não só desenvolve reacções de angústia em relação aos estímulos específicos relacionados com o trauma mas igualmente a outros estímulos aleatórios que ficaram associados com a circunstância” (p.157).

Por último a *hiperactivação fisiológica* reflecte-se em especial na hipervigilância em relação a todos os estímulos que possam simbolizar o acontecimento traumático.

Verificam-se igualmente dificuldades de concentração, diminuição da tolerância à frustração/irritabilidade, dificuldades em dormir, agitação motora, etc.

Relativamente à duração e começo dos sintomas, considera-se que, caso se verifiquem há menos de um mês deve ser considerado *distúrbio agudo de stress*, sendo que apenas quando se verificam entre 1 a 3 meses se poderá fazer o diagnóstico de *forma aguda de PSPT*, passando a *forma crónica* acima dos 3 meses. Caso os sintomas se manifestem 6 meses a partir do acontecimento traumático é considerado PSPT de começo tardio.

3. Factores de Risco

O facto de que embora muitas pessoas sejam, ao longo da sua vida, expostas, a situações traumáticas e, no entanto, apenas uma minoria desenvolver a PSPT levou vários investigadores a admitir a existência de vários factores de risco. Numa extensa revisão de literatura nesta área, Serra (2003), apresenta quais são os factores que são frequentemente considerados de risco. O autor refere a existência de (1) factores sócio-demográficos; (2) factores relacionados com a pessoa; (3) factores relacionados com o acontecimento e, (3) factores após o acontecimento.

Relativamente aos factores sócio-demográficos verifica-se a influência do estatuto sócio-económico e do género. O autor refere que vários estudos indicam que em pessoas com recursos económicos mais baixos e com menos escolaridade têm maior probabilidade de se exporem a um maior número de ocorrências traumáticas, isto devido ao facto de viverem em ambientes socialmente mais degradados, e também devido ao facto de menor acesso a recursos e meios de ajuda. Quanto ao género, o autor refere que embora os homens estejam mais frequentemente expostos a situações traumáticas, as mulheres estão duas vezes mais predispostas a desenvolverem PSPT, isto pode estar relacionado com a idade a que usualmente ambos os sexos estão expostos (abuso sexual infantil).

Os factores de risco relacionados com a pessoa são: (1) pertencer ao sexo feminino; (2) existência de um acontecimento particularmente grave e de grandes dimensões; (3) história familiar de transtornos de ansiedade, depressão ou sociopatia; (4) história pessoal de transtorno de ansiedade ou depressão; (5) perturbações de personalidade e inexistência ou inadequação de apoio social.

Os factores de risco relacionados com o acontecimento relacionam-se com o tipo de agressão, o impacto sobre o indivíduo e a inexistência de apoio no momento do trauma. Por último os factores após o acontecimento prendem-se com, a ausência de redes de apoio familiar e social, assim como de acompanhamento psicológico.

4. Etiologia: teorias cognitivas

No presente trabalho, optámos por apresentar algumas das teorias de base cognitiva que consideramos fundamentais para uma melhor compreensão dos possíveis mecanismos psicológicos subjacentes à PSPT. Como referem Power e Dalgleish (2003), as diversas teorias cognitivas da PSPT apresentam entre si semelhanças significativas, uma das premissas fundamentais que se encontra patente na grande maioria destas teorias é a de que o indivíduo possui determinadas *crenças pré-existentes sobre si e o mundo*, (previsibilidade, vulnerabilidade, controlo, compaixão, etc.) crenças estas que, aquando do trauma seriam fortemente abaladas pela nova informação que a situação traumática comporta. Esta nova informação, não é devidamente assimilada pelo indivíduo, tornando-se incompatível com as crenças pré-existentes, assim na base da PSPT estaria uma falha na integração da informação provinda do trauma nos esquemas e crenças pré-existentes. Daqui decorre que, para muitos destes autores, os processos psicoterapêuticos passem por estimular a capacidade de integrar a informação traumática nas crenças prévias e consequentemente promover uma reestruturação nas mesmas. (Horowitz, 1999; Power & Dalgleish, 2003; Jannoff-Bulman, 1985). Passaremos de seguida a uma exposição mais detalhada de alguns destes contributos teóricos.

Uma das pioneiras teorias sobre os mecanismos presentes nos quadros de PSPT foi desenvolvida por Horowitz (1999), este autor considera que uma parte significativa dos sintomas observáveis na PSPT encontra a sua génese em dois factores principais. Em primeiro lugar refere verificar-se nestes sujeitos uma insuficiente aplicação daquilo que denomina por "*shock mastery*" a qual se deveria caracterizar por uma progressiva redução na associação entre os estímulos e a resposta de medo, assim como pela gradual atenuação na tendência para a repetição de memórias relativas ao trauma. Em segundo lugar destaca uma falha na capacidade re-esquematizar os mapas cognitivos (crenças e esquemas), sobre si e sobre o mundo, avançando com a noção de "*tendência de completamento*", este autor refere que na base da PSPT se encontra a incapacidade de integrar a nova informação (pós trauma) nos mapas cognitivos previamente existentes, dificultando uma re-esquematização. Assim a PSPT desenvolve-se quando o indivíduo não consegue integrar a nova informação traumática nos seus esquemas, desenvolvendo uma deficitária reacção ao choque.

Os acontecimentos traumáticos podem desencadear uma ruptura nos esquemas existentes relacionados com o Self e com o Mundo. Janoff-Bulman (1985, 1999) apresenta um modelo semelhante ao preconizado por Horowitz, dando no entanto um principal foco sobre a base etiológica da *PSPT* naquilo que denomina por “mundo assumptivo”, este mundo seria constituído por *assumpções* fundamentais (representações internas), sobre nós, os outros e o mundo. Estas crenças constituiriam a base fundamental da nossa estrutura cognitiva-emocional, conferindo significado às vivências quotidianas, apresentando uma fortíssima resistência à mudança, servindo de fundação à noção de real.

Esta teoria destaca três crenças base: (1) *Crença na benevolência do mundo*: esta seria uma crença de que, o mundo é, no geral, um sítio relativamente seguro, onde nos podemos sentir tranquilos, em que as outras pessoas não constituem ameaça directa à nossa existência ou bem-estar. A autora refere que, mesmo quando confrontados com a violência existente no mundo, as pessoas tendem a clivar o “mundo no geral” do “mundo próprio” onde se podem sentir seguras, criando assim um optimismo de fundo; (2) *Crença no sentido / justiça no mundo*: aqui verifica-se uma tendência a acreditar na existência de uma justa distribuição entre o bom e o mau, onde as coisas boas acontecem a “pessoas boas” e as coisas más a “pessoas más”, tentando dar um sentido coerente ao que acontece, procurando razões que possam *dar significado* aos acontecimentos. O acento está inscrito numa perspectiva teleológica no problema da causalidade.

Nós parecemos ter uma necessidade em responsabilizar a mulher que foi violada por estar sexualmente provocativa ou a vítima de um acidente de viação por estar alcoolizado e, encontramos-nos em busca de outras “causas compreensíveis” quando estas explicações provam estar erradas (...) desta perspectiva se conduzirmos cuidadosamente não vamos ter um acidente, se comermos saudavelmente e fizermos exercício não adoeceremos, e se evitarmos determinadas ruas não seremos assaltados (p.308).

Esta crença decorre da dificuldade em aceitar a imprevisibilidade e aleatoriedade dos acontecimentos no dia-a-dia; (3) *Crença no valor próprio*: esta resultaria do facto de vivermos num “*mundo benevolente*” onde existe “*um sentido*”, e que nós, enquanto “pessoas boas” merecemos coisas boas. A autora refere que as pessoas no geral consideram-se boas, apresentando uma elevada auto-estima, e assim, de forma congruente com as outras crenças, esperam que o mundo (com sentido e justo) e os outros (benevolentes), responderiam favoravelmente às nossas acções. Esta crença

está na base da noção de que “isto só acontece aos outros”. Verificando-se um certo sentido íntimo de invulnerabilidade.

Estas três assumpções fundamentais constituem a nossa visão global sobre nós e sobre o mundo permitindo-nos ter uma concepção de segurança e previsibilidade que guia as nossas acções. No entanto quando confrontados com uma situação traumática, estas crenças básicas tendem a fragmentar-se, comprometendo a noção de sentido e benevolência do mundo, assim como a invulnerabilidade pessoal. O confronto com a própria mortalidade e a impotência perante esta, desperta uma profunda crise em que o indivíduo se sente perdido num mundo ameaçador e sem sentido. Jannof-Bulman considera que é desta fase de “assumpções despedaçadas” que se desenvolve a PSPT, onde a noção de segurança pessoal foi drasticamente comprometida e as assumpções que anteriormente guiavam o indivíduo não se revelam adequadas. Tal como Horowitz, também esta autora considera que a informação traumática, quando não devidamente integrada nos esquemas do sujeito desencadeia a sintomatologia, sendo por isso imperioso uma reestruturação progressiva das assumpções.

A teoria desenvolvida por Power e Dalgleish (2003), procura clarificar os mecanismos da PSPT a partir do quadro conceptual SPAARS, de acordo com estes autores, no momento do trauma a informação que chega ao sujeito é apreendida ao nível esquemático e interpretada como altamente ameaçadora para o indivíduo. Paralelamente a informação relativa ao trauma é codificada e representada ao nível analógico (sons, cheiros, imagens) e proposicional. A informação traumática aniquila a possibilidade do indivíduo manter os modelos esquemáticos anteriormente existentes.

A informação traumática revela-se altamente incompatível com os modelos esquemáticos de si, do mundo e dos outros. esta incompatibilidade, como sugerimos, significa que a informação traumática ameaça a própria noção de identidade e realidade. (p.245)

Os pensamentos intrusivos resultam de dois factores, da permanente activação e reactivação dos módulos de medo, que provocam no indivíduo sensação de estar permanentemente em risco e de “pistas” no ambiente (palavras, sons, imagens) que foram associadas ao trauma. O evitamento persistente seria um esforço consciente do indivíduo em prevenir toda e qualquer informação que possa desencadear memórias traumáticas, sendo que na sua forma mais extrema pode resultar numa amnésia

psicogénica. A constante activação e reactivação dos módulos de medo acima referidos, estão na base da hipervigilância manifestada.

Quanto às diferenças individuais (ao nível esquemático) que se verificam no desenvolvimento ou não de PSPT, os autores consideram que três tipos de modelos esquemáticos que se podem manifestar especialmente predisponentes; (1) Indivíduos cuja a história pessoal tenha decorrido sem incidentes de maior e que desenvolveram modelos caracterizados por uma crença inflexível num mundo previsível, seguro e controlável, são aqueles que, segundo os autores, estarão em maior risco de desenvolver PSPT crónico com maior severidade. Isto deve-se á relativa incapacidade em integrar a informação traumática em modelos pré-existentes especialmente inflexíveis (crença na invulnerabilidade); (2) Indivíduos que apresentem um estilo adaptativo fortemente repressivo tendem a desenvolver PSPT de começo tardio, podendo manifestar-se especialmente através de estados dissociativos e amnésias dissociativas. Como referem os autores, estes indivíduos tendem a “trancar a informação traumática e mandar a chave fora” (p.250). Por último; (3) indivíduos cujos modelos esquemáticos pré-existentes tinham por base uma forte noção de vulnerabilidade pessoal, insegurança, podem, perante a informação traumática acentuar os sentimentos de ansiedade e depressão relacionados com o trauma, mas, menor severidade na sintomatologia da PSPT.

É assim, da perda de significado e do confronto com a vulnerabilidade individual que se originam as manifestações de PSPT. Este ponto assume particular importância no consenso da maioria dos especialistas, sendo especialmente referido por Kolk (1995), ao considerar que o problema nuclear na PTSD consiste numa falha em integrar uma experiência perturbadora numa memória autobiográfica, assim, o objectivo terapêutico passa por facilitar uma maneira de as pessoas poderem reconhecer a realidade do que lhes aconteceu. Para tal, estas memórias têm de ser modificadas e transformadas, i.e., colocadas no seu contexto apropriado e reconstruídas em narrativas neutras ou com sentido.

5. Comorbilidade com outras perturbações psicológicas

Um aspecto crucial na compreensão da natureza da PSPT relaciona-se com a sua associação a outras perturbações psicológicas ou com repercussões físicas directas, como refere Serra (2003), “a comorbilidade refere-se à associação que pode

ocorrer entre um Distúrbio de Stress Pós-Traumático e outras entidades mórbidas” (p.181). As questões relacionadas com a comorbilidade entre diversas perturbações e a PTSD tem, durante as ultimas décadas, sido alvo de bastantes investigações, embora nem sempre estas sejam consensuais. Um dos aspectos críticos desta questão relaciona-se com o facto da possibilidade de que, embora, outras perturbações se desenvolvam independentemente da PSPT, estas podem surgir como o resultado de respostas desadaptadas provenientes do amplo quadro sintomatológico que constitui a PSPT. De acordo com vários estudos epidemiológicos (Resick, 2000; Serra 2003) os quadros clínicos que com maior frequência aparecem associados são a *Perturbação Depressiva Major* e o *abuso de substâncias*, sendo no entanto também muito frequentes as perturbações de ansiedade generalizada, fobia social, distúrbio de pânico/agorafobia e transtornos Obsessivos-Compulsivos. Verifica-se ainda que o risco de suicídio tende a ser particularmente elevado na PSPT (Serra, 2003; Margis, 2003).

Capítulo III

Trauma e Sobregeneralização na Memória Autobiográfica

1. Sobregeneralização da Memória Autobiográfica

As investigações no âmbito das memórias autobiográficas revelaram que a forma como os indivíduos recuperam informação sobre o seu passado pode variar significativamente. Na investigação de Williams e Broadbent (1986) realizada com pacientes internados após tentativa de suicídio, na qual se utilizou o *Teste de Memórias Autobiográficas* (TMA), constatou-se que perante uma palavra-pista, estes pacientes tendiam a responderem com memórias gerais inadequadas, ou seja, eram tendencialmente fornecidas memórias autobiográficas gerais ao invés de memórias autobiográficas de acontecimentos específicos, como refere (Williams, Watts, Macleod, & Mathews, 2000) “enquanto os sujeitos de controlo respondiam à palavra estímulo com uma recordação específica (algum acontecimento ocorrido num determinado tempo e lugar), os pacientes suicidas tendiam a responder com uma categoria geral (por exemplo, a resposta «jogar squash» ao estímulo «feliz»)” (p.183).

Posteriormente Williams e Dritschel (1992), aprofundaram esta investigação e distinguiram entre; (1) *MA específicas* (eventos com localização temporária específica, e duração máxima de um dia, por exemplo «quando parti um copo na festa de aniversário»); (2) *MA categoriais* (para descrições de genéricas de acontecimentos, tais como «*passar na praia*» sem referência a um tempo específico) e por último; (3) *MA alargadas* (relativas a um determinado período, especificamente localizado no tempo mas de duração superior a um dia, e.g. «o meu último ano de faculdade»).

A sobregeneralização nas memórias autobiográficas refere-se a uma capacidade reduzida, do sujeito, em aceder às memórias específicas de acontecimentos da sua própria vida. (Moore & Zoellner, 2007). Como refere (Gonçalves, 2006), a generalização das memórias autobiográficas representa uma forma adaptativa de “lidar com a informação sem sobrecarregar o sistema e um modo eficaz a curto prazo de diminuir o sofrimento associado a determinadas memórias” (p.34), no entanto, perante uma tarefa de memória autobiográfica a generalização constituía um erro na realização desta tarefa.

A questão da sobregeneralização nas memórias autobiográficas no domínio da psicopatologia, nomeadamente na depressão e na perturbação de stress pós-traumático, tem sido observada em várias investigações durante as últimas duas décadas (Cláudio, 2004; Williams, Watkins, Dalgleish, & Hermans, 2007; Moore & Zoellner, 2007). A importância da capacidade de recuperação de MA específicas é salientada por Williams (2000) ao referir que “a recuperação específica prediz um bom resultado na medida que permite a recodificação das interpretações depressivas do

passado e a reconstrução de imagens mais específicas do futuro, e melhora as capacidades de resolução de problemas”(p.187). Como o mesmo autor refere, daqui resulta que muitas estratégias no âmbito da psicoterapia promovam a capacidade de recordação específica de acontecimentos actuais ou do passado

Este fenómeno é particularmente observável em sujeitos deprimidos (Cláudio, 2004; Williams, Watkins, Dalgleish, & Hermans, 2007) e na perturbação de stress pós-traumático (Moore & Zoellner, 2007), assim como, no distúrbio agudo de stress (Harvey, Bryant, & Dang, 1998). No entanto esta não é uma condição transversal a todas as psicopatologias (Watkins & Teasdale, 2001). A compreensão dos mecanismos subjacentes à sobregeneralização pode contribuir para uma intervenção clínica mais eficaz. (Bluck, Habermas, & Rubin, 2005 (Williams, Watkins, Dalgleish, & Hermans, 2007).

Uma vez que, a definição de acontecimentos traumáticos varia ao longo dos estudos, considere-se a do DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Compreenda-se, também, a perturbação de stress pós-traumático de acordo com os critérios do mesmo manual.

No âmbito da PSPT uma das investigações pioneiras foi a de McNally, Prassas, Litz, Shin, & Weathers (1994), realizada com veteranos de guerra, os resultados deste estudo revelaram que os veteranos com diagnóstico de PSPT evocavam menor número de MA específicas, apresentando uma maior sobregeneralização comparativamente com os veteranos sem alteração psicopatológica. Outro resultado significativo foi que, ambos os grupos foram mais rápidos a evocar memórias perante *palavras estímulo* de valência negativa do que positiva ou neutra. Estes autores concluíram ainda que, a severidade do trauma, por si só, não está associado à *sobregeneralização* das memórias autobiográficas. Resultados semelhantes ao deste estudo têm sido apresentados ao longo dos últimos anos (Wessel, Merckebach, & Dekkers, 2002; Dalgleish, Rolf, Golden, Dunn, & Barnard, 2008)

A investigação de Harvey, Bryant, & Dang (1998), realizada com sobreviventes de acidentes de viação, revelou que aqueles apresentavam distúrbio agudo de *stress* evocaram menor número de memórias específicas do que aqueles que não apresentavam esta perturbação. Nesta investigação foram obtidas significativamente mais memórias específicas quando a palavra-pista era de valência negativa. Estes investigadores consideram que a falta de especificidade verificada nesta perturbação pode ser preditiva do desenvolvimento posterior da PSPT. No entanto, outra investigação desenvolvida por (Kangas, Henry, & Bryant, 2005) revelou que, embora sujeitos com distúrbio agudo de stress apresentassem maior sobregeneralização, esta

não era preditiva do desenvolvimento de PSPT. No estudo longitudinal realizado por Bryant, Kylie, & Guthrie (2007), com bombeiros durante a recruta e após quatro anos de serviço, constatou-se que a sobregeneralização das MA (especialmente em relação a palavra-pista de valência positiva), poderia estar associada ao desenvolvimento da PSPT. A teoria de que a sobregeneralização pode constituir-se enquanto factor de vulnerabilidade quer à depressão quer à PSPT é partilhada por diversos autores (Kuyken, Howell, & Dalgleish, 2006 ; van Minnen, Wessel, verhaak, & Smeenk, 2005).

2. Sobregeneralização: Teorias explicativas

Segundo (Williams, Watts, Macleod, & Mathews, 2000) a sobregeneralização é um funcionamento comum durante a infância até o terceiro ou quarto ano de vida, durante esta fase as crianças tendem a recuperar os acontecimentos de forma genérica. No entanto, após o quarto ano de vida, a criança desenvolve a capacidade de inibir o processo de descrição categorial, ganhando maior controlo sobre o processo de recuperação, e, conseqüentemente, especificando as memórias. Segundo os autores, esta capacidade de controlo pode ser comprometida quando a criança é exposta a stress ou abusos crónicos, podendo a criança “aprender que a informação acessória específica é demasiado negativa, e a evitar, de forma passiva, essas conseqüências punitivas da recordação” (p.185). Williams (1996), refere-se a um «laço mnemónico» segundo o qual se verifica um processo hierárquico na recuperação de memórias, de acordo com este princípio, o indivíduo acede inicialmente a eventos categóricos e, posteriormente, especifica o conteúdo, chegando às memórias específicas. No entanto, perante memórias dolorosas, o sujeito tende a abortar a busca no nível categórico, evitando a memória específica. Assim, segundo o autor, indivíduos que experimentaram abuso ou *stress* crónico na infância desenvolvem um estilo cognitivo de codificação e recuperação de modo genérico (mesmo para eventos não traumáticos), nos quadros depressivos ou pós-traumáticos a codificação de acontecimentos específicos com valência emocional positiva ou negativa é incorporada em esquemas genéricos representativos de experiências positivas ou negativas, isto conduz a uma dificuldade em evocar memórias específicas. Este padrão cognitivo, embora funcione como um processo adaptativo numa primeira fase, torna-se disfuncional na idade adulta pela diminuição das funções benéficas da MA específica. Kuyken & Brewin (1995), realizaram uma investigação com dois grupos de mulheres que apresentavam diagnóstico de depressão, tendo um dos grupos denunciado historial de abuso infantil. Os resultados desta investigação mostraram as mulheres deprimidas que apresentavam historial de abuso na infância

recuperaram significativamente menos memórias específicas do que as que não apresentavam história de abuso. Para melhor compreender se historial de abuso infantil, por si só, teria impacto significativo na evocação de memórias específicas, Henderson, Hargreaves, Gregory, & Williams (2002), conduziram um estudo com uma amostra não clínica de estudantes universitárias, os resultados desta investigação apresentam-se congruentes com os resultados de Kuyken e Brewin (1995), sendo que o grupo com historial de abuso infantil apresentou maior dificuldade na recuperação de memórias específicas do que o grupo sem história de abuso na infância.

Outros autores refutam a relação entre o história de trauma na infância e a sobregeneralização (Wessel, Meeren, Peeters, Arnoud, & Merckelbach, 2001), considerando que esta pode surgir com ou sem história de trauma infantil, estando directamente ligada com os processos cognitivos existentes na depressão e na PSPT, tais como a intrusão de memórias de eventos negativos e os mecanismos de evitamento, que conduzem a uma diminuição na concentração, motivação e, conseqüentemente, diminuem o acesso a alguns recursos cognitivos. (Hauer, Wessel, & Merckelbach, 2006; Kuyken, Howell, & Dalgleish, 2006). Esta posição é reforçada por Watkins e Teasdale (2001, 2004) que postulam que a sobregeneralização pode dever-se à forma como o processamento cognitivo acontece. Este pode ser analítico ou experiencial. Interessa o primeiro, uma vez que é auto-centrado e ruminativo e encoraja a sobregeneralização. Mackinger, Pachinger, Leibetseder, & Fartacek, (2000), postulam que a sobregeneralização decorre de dois factores: a existência de uma défice estrutural cerebral, responsável pelo cancelamento na procura de memórias específicas, assim como um efeito reactivo para evitar memórias dolorosas.

Uma das teorias que, da nossa perspectiva, melhor explica o fenómeno da sobregeneralização das MA, foi avançada por Williams, Watkins, Dalgleish, & Hermans (2007), estes autores, com base nos vários estudos e teorias precedentes, teorizaram que na subjacente á sobregeneralização se verifica uma combinação de três factores que os autores denominaram «*Car-FA-X*» (*Capture and Rumination; Functional Avoidance; Reduzed executive resources*).

O primeiro dos mecanismos explorados é o evitamento funcional (EF), este baseia-se na teoria de Williams (1996), segunda a qual a sobregeneralização surge como um mecanismo de regulação de afecto perante memórias específicas mais dolorosas. Este mecanismo revela-se congruente com as estratégias de evitamento observadas na PSPT (Horowitz, 1999; Power & Dalgeish, 2003). Assim, o indivíduo mantém a evocação a um nível geral, evitando a especificação e conseqüentemente um maior impacto emocional negativo. Este mecanismo funciona indiscriminadamente que para palavra-pista de valência positiva ou negativa, pois “mesmo palavras de

valência positiva podem desencadear fragmentos de memórias de eventos dolorosos que necessitam ser inibidas, as palavras-pista não espelham necessariamente a valência das memórias evocadas”(p.135).

O segundo prende-se com o estilo cognitivo utilizado pelo sujeito, neste ponto os autores baseiam-se na teoria avançada por (Watkins & Teasdale, 2001), em que, nos sujeitos deprimidos ou com PSPT se verifica um estilo de pensamento caracterizado por uma tendência à ruminação, no qual tendem fazer auto-referências e representações de modo abstracto e generalizado, adoptando um estilo marcadamente semântico, este tende a reforçar-se bloqueando um estilo cognitivo que dê primazia a uma procura de informação autobiográfica específica. Deste modo o estilo abstracto/analítico estaria na base ou seria um dos principais agentes no desenvolvimento da sobregeneralização.

O último dos mecanismos referenciado é dos recursos executivos reduzidos, segundo os autores, os sujeitos deprimidos ou com PSPT apresentam dificuldades na inibição de determinados conteúdos mnésicos e cognitivos, que afectando a memória de trabalho diminuem a capacidade de executar com sucesso uma determinada tarefa cognitiva. No caso da evocação de memórias específicas, a sobregeneralização deve-se ao facto de os indivíduos não conseguirem inibir informação desnecessária que interfere no processo de recuperação, conduzindo ao erro na tarefa de memória autobiográfica.

Tal como os autores salientam estes três mecanismos podem estar na génese da sobregeneralização, quer de modo conjunto quer individualmente. Consideramos esta teoria representa uma boa síntese dos vários modelos que têm vindo a ser propostos nas duas últimas décadas, para a explicação da sobregeneralização na depressão e na PSPT.

Capítulo IV

Objectivo do Estudo e Hipóteses de Investigação

Objectivo De Estudo

A presente investigação visa um melhor entendimento sobre a relação entre a Perturbação de Stress Pós-Traumático (*PSPT*), e as suas consequências na evocação de Memórias Autobiográficas (*M.A*), em especial, no fenómeno da sobregeneralização, conforme referimos na revisão de literatura.

Múltiplos estudos indicam existir uma relação entre PSPT e a sobregeneralização nas M.A, segundo a qual, como referimos no III, indivíduos com PSPT apresentariam uma maior dificuldade em aceder a memórias autobiográficas específicas, apresentando uma tendência a memórias generalistas. (Williams, Watkins, Dalgleish, & Hermans, 2007; Dalgleish, Rolf, Golden, Dunn, & Barnard, 2008)

Assim, neste estudo, temos como principais objectivos comparar as respostas obtidas numa tarefa de memória autobiográfica, dos participantes diagnosticados com PSPT (Grupo Experimental) com as dadas por participantes sem alteração psicopatológica (Grupo de Controlo). As memórias evocadas pelos participantes serão avaliadas segundo a sua especificidade, utilizando os critérios descritos por Williams e Dritschel (1992), sendo estas *específicas, alargadas ou categóricas*.

Será igualmente avaliado o número total de memórias evocadas, a valência emocional da memória evocada, assim como a valência emocional da memória autobiográfica em função da valência da palavra-estímulo. Iremos ainda proceder à análise das evocações ao longo do ciclo de vida, i.e. em que faixa temporal se situa os acontecimentos evocados pelos participantes.

Por último avaliaremos a relação entre os resultados obtidos nas escalas clínicas e os factores analisados na tarefa de Memória Autobiográfica.

Hipóteses de Investigação

As hipóteses que colocamos nesta investigação baseiam-se nos objectivos supracitados e fundamentam-se na revisão de literatura, assim, as nossas hipóteses são:

1. Os participantes com perturbação de *stress* pós-traumático apresentam menor especificidade na evocação de memórias autobiográficas do que participantes sem alteração psicopatológica.

2. Os participantes com perturbação de *stress* pós traumático evocam maior número de memórias autobiográficas de valência negativa do que participantes sem alteração psicopatológica.

3. Os participantes com perturbação de *stress* pós-traumático evocam mais memórias autobiográficas perante palavras estímulo de valência negativa quando comparadas com as de valência positiva ou neutra.

Capítulo V

Método

Método

Participantes

- *Participantes com Diagnóstico de Perturbação de Stress Pós-Traumático (Grupo Experimental)*

Esta amostra, não probabilística por conveniência, é constituída por um total de 17 participantes, ex-combatentes da guerra colonial (1961-1974), diagnosticados com perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT), utentes da Associação de Deficientes das Forças Armadas. Os critérios de inclusão na nossa amostra foram os seguintes: (1) Diagnóstico de PSPT segundo os critérios de diagnóstico do DSM-IV; (2) Medicação estabilizada há pelo menos três meses; (3) Saberem ler e escrever; (4) Não apresentarem alteração marcada da acuidade visual.

Todos os indivíduos são do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 56 anos e os 66 anos, sendo a média etária de 61,67 anos com DP. = 2,7- *ver Quadro 1*. Relativamente ao estado civil, observou-se que 94,1% dos participantes eram casados, sendo que, apenas 5,9% eram divorciados - *ver Quadro 1*

No que respeita às habilitações académicas, constatou-se que 76,5 % dos participantes da amostra tinham a 4.^a classe, sendo que 11,8% completaram o ensino secundário e 11,8% concluíram uma licenciatura – *ver Quadro 1*.

A classificação do nível sócio-económico foi elaborada a partir da distribuição em cinco níveis de acordo com a profissão do participante, sendo estes: *Sem profissão ou reformado; Operários e trabalhadores não especializados ou trabalhadores rurais; Trabalhadores especializados por conta de outrem; Profissões liberais; Proprietários ou cargos superiores*. Neste grupo constatamos que 100% dos participantes estava *reformado*. - *Ver Quadro 1*

- *Participantes sem alteração psicopatológica. (Grupo de Controlo)*

Esta amostra, á semelhança da anterior, é constituída por um total de 17 participantes, do sexo masculino, que prestaram serviço militar no período da guerra colonial, não tendo, no entanto, sido expostos a qualquer tipo de combate durante este

período. Os critérios de inclusão na nossa amostra foram os seguintes: (1) Ausência de história de alteração psicopatológica; (2) Ausência de toma de medicação psicofarmacológica; (3) Saber ler e escrever; (4) Não apresentarem alteração marcada da acuidade visual.

Os participantes deste grupo apresentam uma média de idades de 61,06 anos com DP.= 2,24, tendo como valor inferior 56 anos e valor superior 65 anos. No que concerne ao estado civil, observámos que a grande maioria 82,4 % dos participantes é casado, sendo os restantes 17,6% divorciados. *Ver Quadro 1.*

Quanto às habilitações académicas, constatou-se que 70,6% estudou até a quarta classe e 23% concluiu o ensino secundário, sendo que apenas um indivíduo (5,9%) concluiu uma licenciatura. – *Ver Quadro 1.* Relativamente à situação profissional, podemos observar que 58,8% dos participantes está *reformado*, 35,3% são *trabalhadores não especializados*, e que 5,9% (1 participante), desempenha um *cargo superior*. – *Ver Quadro 1*

Quadro 1: Descrição das variáveis de caracterização do grupo experimental (PSPT) e grupo de controlo

		Grupo Experimental n= 17	Grupo Controlo n=17
Idade		X= 61,6 DP.= 2.7	X=61,0 DP.= 2,24
Género	Masculino	100%	100%
	Feminino	0%	0%
Estado Civil	1- Solteiros	0%	0%
	2- Casados	94,1%	82,4%
	3- Divorciados	5,9%	17,6%
	4- Viúvos	0%	0%
Habilitações	1- 1.º Ciclo	76,5%	70,6%
	2- Secundário	11,8%	23%
	3- Universitário	11,8%	5,9%
Profissão	1- Reformado / sem Profissão	100%	58,8%
	2- Trabalhador n/especializado	0%	35,3%
	3- Trabalhador especializado por conta de outrem	0%	0%
	4- Profissão Liberal	0%	0%
	5- Proprietários ou cargos superiores	0%	5,9%

Instrumentos

Na presente investigação foram utilizados os seguintes instrumentos: Tarefa de Memória Autobiográfica (Cláudio, 2004); Inventário da Depressão de Beck (BDI) (Anexo B); Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático (McIntyre & Ventura, 1995) (Anexo C); Sub-teste Verbal da Escala de Wechsler para Adultos (Anexo D); Questionário Sócio-Demográfico.(Anexo E) Em seguida passaremos a uma descrição mais pormenorizada dos instrumentos supracitados.

- **Tarefa de Memória Autobiográfica**

A Tarefa de Memória Autobiográfica utilizada neste estudo é da autoria de Cláudio (2004). É constituída por trinta substantivos, dos quais, dez são de valência neutra, dez de valência positiva e dez de valência negativa. Os substantivos são apresentados individualmente, num monitor, através do programa informático *Power Point*, com fundo branco, e formatação *Arial Black*, tamanho 44 em maiúsculas. O tempo de exposição de cada substantivo é de um minuto. A instrução que é dada ao participante no início da tarefa é a seguinte:

*“No ecrã vão aparecer palavras. Quero que leia cada uma das palavras com atenção e relate um acontecimento da sua vida que essa palavra lhe recorde. Não há respostas certas ou erradas, já que os acontecimentos são diferentes para pessoas diferentes”.
Antes da projecção de cada palavra era dito: “E esta palavra, que acontecimento da sua vida lhe recorda”.*

Previamente á elaboração desta tarefa eram apresentados cinco substantivos de treino, com valência neutra (*Sala, Prateleira, Cabelo, Bola e Escova*). A apresentação destes substantivos tem como objectivo familiarizar o participante com a tarefa, assim como o esclarecimento de qualquer dúvida que pudesse surgir.

Posteriormente era iniciada a tarefa, sendo a sequência dos substantivos apresentados a seguinte: *Alegria, Solidão, Chão, Tristeza, Simpatia, Cadeira, Incolor, Sinceridade, Medo, Honestidade, Inveja, Água, Tempo, Maldade, Solidariedade, Doenças, Lealdade, Caneta, Sapato, Felicidade, Egoísmo, Mentira, Amor, Mesa, Parede, Inteligência, Cinismo, Amizade, Dor e Janela*.

De acordo com Cláudio (2004), a apresentação dos substantivos é falsamente aleatória, não sendo apresentadas mais de duas palavras com a mesma valência, com o “objectivo de controlar os efeitos de contaminação de memórias autobiográficas, que podiam ocorrer se fosse apresentada uma sequência maior de substantivos de uma

determinada valência”(p.211). Caso um participante não respondesse a um substantivo, durante o tempo de exposição, procedíamos para o substantivo seguinte. Se após a descrição de um acontecimento, o participante não o enquadrasse num determinado tempo, perguntava-mos: “*Quando ocorreu o acontecimento que relatou?*”. Esta questão visa enquadrar temporalmente os acontecimentos relatados, sendo este dado posteriormente analisado.

- **Inventário da Depressão de Beck**

O Inventário da Depressão de Beck (BDI) foi originalmente criado por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh em 1961 (Beck, Steer, & Brown, 1987), trata-se de uma escala de auto-preenchimento que visa avaliar de forma subjectiva a severidade da sintomatologia depressiva. É constituído por 21 itens, sendo que cada item contém quatro afirmações, devendo o individuo assinalar a afirmação que melhor reflecte a forma como se sentiu nos últimos sete dias. Cada item encontra-se hierarquizado numa escala de três pontos (0 – inexistente, 3 – grave). (Beck, Steer, & Brown, 1987). O resultado total do BDI varia entre 0 e 63. Na cotação considera-se que a *depressão ligeira* corresponde a totais superiores a 4, a *depressão média* situa-se em resultados entre 14 e 20 e a *depressão severa* assinala-se com totais superiores a 21 (Cláudio, 2004). No caso de o participante marcar mais de uma afirmação, é cotada aquela que corresponder ao valor mais elevado.

Numerosas investigações com populações clínicas e não-clínicas, assim como estudos de correlação com outros instrumentos de avaliação, têm demonstrado a validade e fiabilidade desta escala. (Beck, Steer, & Brown, 1987; Cláudio, 2004).

No presente estudo, utilizamos a tradução do BDI realizada por Cláudio em 1990, numa população de 1500 estudantes do ensino superior (Cláudio, 2004), tendo-nos esta sido amavelmente cedida por Victor Cláudio. Antes da aplicação, as instruções impressas na primeira página são lidas em voz alta esclarecendo qualquer dúvida que os participantes pudessem colocar.

- **Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático (versão de adultos)**

Esta escala, desenvolvida por McIntyre e Ventura (1997), permite a avaliação da existência de sintomatologia da Perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT) de acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-IV (2004), podendo administrada sob a

forma de auto ou hetero-relato). Constituído por 18 itens, este instrumento encontra-se dividido em quatro partes, correspondentes aos critérios enunciados no DSM-IV (Vivenciar um acontecimento traumático; Re-experiência do acontecimento; Evitamento e Hipervigilância). Esta escala apresenta duas partes. Sendo que, a primeira parte é descritiva e qualitativa (relato do acontecimento), na segunda, a escala aborda cada um dos critérios de diagnóstico de PTSD, aqui os itens são de resposta dicotômica com 0 indicando ausência do sintoma e 1 a sua presença. Estes itens são afirmações sobre sintomas, devendo o participante indicar se estas são ou não verdadeiras para si. São as respostas fornecidas na segunda parte que permitem avaliar a presença de sintomatologia de PSPT, sendo que, segundo o DSM-IV (1994), o participante deve responder afirmativamente a: (i) pelo menos *uma* questão do agrupamento *Vivência do acontecimento*; (ii) pelo menos *três* questões do agrupamento *Re-experiência do acontecimento*; e (iii) pelo menos *duas* questões do agrupamento *Evitamento e Hipervigilância*. Obtêm-se o total dos sintomas de PTSD, somando-se a pontuação obtida em cada uma das sub-escalas (no total 17 itens).

Conforme refere (Pires, 2005), “a utilização desta escala, facilita a avaliação, uma vez que considera os critérios de diagnóstico de forma sistematizada, explícita e discriminada” (p.137). O estudo de (McIntyre & Ventura, 1997) de validação inicial desenvolvido com uma amostra de 150 adolescentes angolanos num cenário de guerra, mostra que o instrumento apresenta uma boa validade e fidelidade ao conteúdo. Segundo (McIntyre & Ventura, 1997; Pires, 2005), as sub-escalas que correspondem aos critérios 2 e 4 do diagnóstico do DSM-IV, apresentam uma boa consistência interna Num outro estudo realizado com 90 adolescentes vítimas de maltrato, encontrou-se um coeficiente de *Alpha de Cronbach* de 0.71, situando-se no limiar necessário para uma boa consistência interna (Pires, 2005).

- **Sub-teste Verbal da Escala de Wechsler para Adultos**

Neste estudo utilizámos o Sub-teste Verbal da Escala de Wechsler para Adultos (WAIS), traduzida e adaptada por Leandro de Almeida, de forma a melhor controlar o nível verbal dos participantes. A utilização deste instrumento assume pertinência uma vez que a Tarefa de Memória Autobiográfica é constituída por palavras, sendo necessário assegurar que os participantes compreendem o significado de cada palavra apresentada.

- **Questionário Sócio Demográfico.**

Para a caracterização da nossa amostra elaborámos um questionário sócio-demográfico, no qual eram solicitados dados relativamente à idade, estado civil, habilitações académicas e profissão. Para além destas, era ainda abordada a questão da história de toma de medicação psicofarmacológica, assim como se já recebera acompanhamento psiquiátrico / psicoterapêutico.

Procedimento e Sequência de Apresentação do Protocolo

Para a realização desta investigação e, após a revisão de literatura, assim como a definição do protocolo a utilizar, foi inicialmente elaborado um termo de consentimento informado destinado aos participantes. Para a recolha de amostra para o grupo experimental (*participantes com diagnóstico de PSPT*) foi redigida uma carta às instituições, nomeadamente aos responsáveis pela área clínica, na qual era sucintamente explicado os objectivos gerais do estudo, protocolo a utilizar assim como a devida autorização para que a amostra pudesse ser constituída por associados / utentes da Instituição e no espaço físico da mesma. Era referido ainda que, os participantes, para que pudessem participar neste estudo deveriam apresentar o diagnóstico de Perturbação de Stress Pós-Traumático e sem medicação psicofarmacológica ou com medicação estabilizada há mais de um mês para que possam ser incluídos na amostra. Elaborada a carta, foi assinada pelo orientador, o Prof. Doutor Victor Cláudio. Assim, iniciou-se o contacto com várias associações das áreas de Lisboa e Porto, especificamente instituições de apoio a ex-combatentes. Destas, obtivemos o consentimento da Associação dos Deficientes das Forças Armadas (ADFA), da qual recolhemos a totalidade da nossa amostra clínica (17 participantes), com a valiosa colaboração da Dr.^a Teresa Infante, que estabelecia o contacto entre os utentes/participantes e o investigador. Neste grupo (Experimental), a aplicação decorreu nos gabinetes de psicologia clínica da ADFA.

Relativamente à recolha dos participantes para o grupo de controlo (*participantes sem alteração psicopatológica*), foram feitos vários contactos pessoalmente e por carta/correio electrónico a grupos de ex-militares que tivessem cumprido serviço durante a guerra colonial e, que se disponibilizassem a participar nesta investigação. O local de aplicação do protocolo para este grupo foi, para 12 dos participantes, num gabinete de reuniões da empresa *Electronix*, tendo sido para os restantes, realizado nas suas residências.

Este protocolo foi invariavelmente aplicado num gabinete / sala onde apenas estavam o investigador e o participante, garantido que não existiriam interrupções por terceiros durante a aplicação, assim como permitindo ao participante uma atmosfera confortável e com um nível de privacidade na qual fosse relatar as suas memórias pessoais sem constrangimentos. Após uma breve explicação do âmbito geral do estudo, onde explicava-mos tratar-se de uma investigação sobre memórias autobiográficas, era disponibilizado ao participante o termo de consentimento informado, o qual deveria ser assinado por este. (Anexo A)

A ordem de aplicação dos instrumentos foi a seguinte: Tarefa de Memória Autobiográfica; Inventário da Depressão de Beck; Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático e Sub-teste de Vocabulário da WAIS. A escolha desta sequência na aplicação do protocolo deve-se ao facto de considerarmos que, o efeito de evocação mnésica poderia ser enviesado pelo relato / preenchimento da Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático, visto que é aqui pedido que o participante relate um ou mais acontecimentos traumáticos que possam ter ocorrido na sua vida. Consequentemente, optamos por aplicar em primeiro lugar a Tarefa de Memória Autobiográfica.

Todos os participantes neste estudo realizaram este protocolo numa única sessão, tendo este uma duração média de uma hora e meia.

Capítulo VI

Análise dos Resultados

Análise dos Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos na Tarefa de Memória Autobiográfica, assim como nos restantes instrumentos aplicados. Para a análise estatística recorreremos ao programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, v17.0). A apresentação dos resultados, *intragrupais* ou *intergrupais* – é efectuada de acordo com as seguintes etapas: (1) análise descritiva, (2) análise da normalidade da distribuição dos parâmetros, (3) análise da homogeneidade de variâncias, (4) análise da significância da diferença entre parâmetros e (5) análise de correlações. A decisão sobre a utilização de testes paramétricos ou não paramétricos é feita com base na avaliação da normalidade da distribuição das variáveis e, para este efeito, utilizámos o teste *Shapiro-Wilk* uma vez que amostras tiveram uma dimensão menor que 50. Na comparação intergrupar utilizámos o teste paramétrico T-student. Se a normalidade na distribuição não fosse verificada era então aplicado o teste não paramétrico *Mann-Whitney*. Para a análise das correlações recorreremos ao teste de Pearson.

Análise dos Resultados no Sub-teste de Vocabulário da WAIS

No Sub-teste Verbal de Vocabulário da WAIS, a média do grupo experimental foi de 32,1 (DP.=5,8), sendo 19 o resultado mais baixo e 45 o mais elevado. A média do grupo de controlo foi de 31,9 (DP.=11,7), com um valor mínimo de 10 e um máximo de 50. Através da aplicação do teste de *t-student* podemos constatar que as médias não diferem significativamente ($p\text{-value}=.956 > \alpha=.05$) – *Ver Quadro 2*

Quadro 2: Médias, Desvio Padrão e significância da diferença das médias do Sub-teste Verbal de Vocabulário da WAIS, no grupo e grupo de controlo.

Grupo Experimental n=17	Grupo de Controlo n=17	<i>p-value</i>
Média = 32,1 D.P.= 5,8	Média = 31,9 D.P.= 11,7	.956

Inventário da Depressão de Beck

Os resultados deste instrumento indicam-nos que a média obtida pelo grupo experimental é de 22,4 (DP.=8,6), apresentando um valor mínimo de 8 e um máximo de 37. -*Ver Quadro 3* -. Uma análise mais detalhada destes dados permite constatar

que, 23,5 % dos participantes apresentavam valores entre os 8 e 14 (depressão ligeira), enquanto 17,7% situavam-se entre os 15 a 20 (depressão média), sendo que a grande maioria (58.8%) indicava depressão severa. Os participantes do grupo de controlo apresentaram uma média 7,59 (DP. =4,3), com uma distribuição entre 2 e 17. - Ver Quadro 3 - Neste grupo 17,6% dos participantes obteve resultados inferiores a 4, sendo que 70,6% apresentavam valores entre os 5 e 12 (depressão ligeira), tendo apenas 12% apresentado valores entre os 14 e 17 (depressão média). Considerando que a variável não segue uma distribuição normal, procedeu-se ao teste *Mann-Whitney* que indicou existirem diferenças significativas ($p\text{-value}=.000 < \alpha= .05$) – Ver Quadro 3 –. Estes resultados revelam que o grupo experimental obteve uma média marcadamente superior neste instrumento, situando-se ao nível da depressão severa, sendo que o grupo de controlo apresentou uma média enquadrada nos valores da depressão ligeira.

Quadro 3: Médias, Desvio Padrão e significância da diferença das médias do Inventário da Depressão de Beck, no grupo experimental e grupo de controlo.

	Grupo Experimental n=17	Grupo de Controlo n=17	
E	Média = 22,4 D.P.= 8,6	Média = 7,5 D.P.= 4,3	<i>p-value*</i> .000*

* Diferença significativa ($p<.05$) no teste T-student entre grupos.

Escala de Resposta ao Acontecimento Traumático

No que respeita a esta escala, os resultados obtidos indicam-nos que o grupo experimental obteve um resultado médio de 11,18 (DP.= 1,8), distribuída entre um valor mínimo de 8 e 14 como máximo, indicando a presença de sintomatologia de *PSPT*. -Ver Quadro 4-. Quanto ao grupo de controlo, verifica-se uma média de 1,06 (DP.= 0,89), com os valor máximos e mínimos de 0 e 3.

Estes resultados indicam-nos a ausência de sintomatologia de *PSPT* neste grupo. – Ver Quadro 4-.Para a comparação entre a média dos grupos utilizamos o teste *Mann-Whitney*, uma vez que a variável não apresentava uma distribuição normal. Os resultados indicam existirem diferenças significativas entre os grupos ($p\text{-value}=.000 < \alpha= .05$). - Ver Quadro 4

Quadro 4: Médias, Desvio Padrão e significância da diferença das médias na Escala de Resposta ao Acontecimento Traumático, no grupo experimental e grupo de controlo.

Grupo Experimental n=17	Grupo de Controlo n=17	p-value*
Média = 11,1 D.P.= 1,8	Média = 1,0 D.P.= 0,89	.000*

* Diferença significativa ($p < .05$) no teste T-student entre grupos.

Tarefa de Memória Autobiográfica

Passamos agora à análise dos resultados obtidos na tarefa de memória autobiográfica, na qual, foi alvo da nossa análise:

1. O total de memórias autobiográficas evocadas
2. O total de memórias autobiográficas de valência positiva e negativas evocadas
3. O total de memórias autobiográficas evocadas por agrupamento de valências das palavras estímulo.
4. O total de memórias autobiográficas evocadas em cada palavra-estímulo
5. O total de memórias autobiográficas evocadas de estrutura específica, alargada e categórica.
6. O total de memórias autobiográficas de valência positiva e negativa de acordo com a estrutura específica, alargada e categórica.
7. Análise das memórias autobiográficas ao longo do ciclo de vida.

Convém salientar que, a avaliação das memórias como sendo de valência positiva ou negativa foi feita em função da ressonância emocional manifestada pelo sujeito, quer através do conteúdo explícito ou de reacções indicadoras da experiência emocional positiva ou negativa. Relativamente à estrutura (específica, alargada ou categórica), baseámo-nos nos critérios apontados por Williams e Dritschel (2000), segundo os quais as *M.A. específicas* são eventos com localização temporária específica, e duração máxima de um dia, por exemplo «*quando parti um copo na festa de aniversário*», as *M.A. categóricas* são para descrições de genéricas de acontecimentos, tais como «*passar na praia*» sem referência a um tempo específico e por último, as *M.A. alargadas* são relativas a um determinado período,

especificamente localizado no tempo mas de duração superior a um dia, e.g. «o meu último ano de faculdade».

Análise do total de memórias evocadas na Tarefa de Memória Autobiográfica

Nesta análise é contabilizado o total de memórias autobiográficas que foram evocadas pelos participantes durante a tarefa. Podemos constatar que o grupo experimental evocou uma média de 24,8 (DP. = 6,7) acontecimentos. O grupo de controlo apresentou valores muito aproximados, evocando uma média de 25,7 (DP.= 4,2). O teste estatístico *t-student* revela não existirem diferenças significativas entre os grupos no total de memórias evocadas durante a tarefa ($p\text{-value}=.674 > \alpha= .05$) – Ver Quadro 5.

Análise do total de memórias autobiográficas de valências positiva e negativa evocadas

O grupo experimental evocou em média 16,3 (DP.= 5,1) acontecimentos de valência negativa, e registou uma média de 8,5 (DP.= 3,4) na evocação de acontecimentos positivos. – Ver Quadro 3 -. Relativamente ao grupo de controlo observamos uma média de 10,8 (DP.= 3,7) para os acontecimentos de valência negativa, e 14,8 (DP.= 3,7) para evocações de acontecimentos de valência positiva. – Ver Quadro 5.

A comparação intergrupar, através do teste *T-student*, indica-nos que existe uma diferença significativa ($p\text{-value}=.001 < \alpha= .05$), tendo o grupo experimental evocado mais memórias autobiográficas de valência negativa do que o grupo de controlo. Relativamente ao acontecimentos de valência positiva podemos constatar que também existiram diferenças significativas, ($p\text{-value}=.000 < \alpha= .05$), tendo o grupo experimental evocado menos acontecimentos de valência positiva do que o grupo de controlo - Ver Quadro 5.

O total de memórias autobiográficas evocadas por agrupamento de valências das palavras estímulo

Para esta análise, iniciamos com uma descrição dos resultados a nível intragrupal, passando posteriormente à comparação das médias intergrupais – Ver Quadro 5.

Relativamente ao grupo experimental, podemos observar que, com Palavras Neutras, evocaram em média 6,1 (DP.= 3,6) acontecimentos, enquanto que com

Palavras Negativas a média de acontecimentos evocados foi de 12,4 (DP.= 3,6), por último, perante Palavras Positivas evocaram em média 6,7 (DP.= 2,4) acontecimentos.

A análise intragrupal permite-nos, a partir do teste t-student, concluir que se verificam diferenças significativas entre o número médio de acontecimentos evocados perante palavras positivas e negativas ($p\text{-value}=.000 < \alpha= .05$), assim como entre palavras negativas e neutras ($p\text{-value}=.000 < \alpha= .05$), as diferenças entre as evocações em palavras positivas e neutras não foram significativas. - Ver Quadro 5

Os participantes do grupo de controlo evocaram com Palavras Neutras uma média de 5,7 (DP.= 2.6) acontecimentos, sendo que perante Palavras Negativas a média de acontecimentos evocados foi de 8,4 (DP.= 2,0), os acontecimentos evocados com Palavras Positivas obtiveram um valor médio de 11,6 (DP.=3,2).

Neste grupo podemos constatar diferenças significativas entre as médias de acontecimentos evocados com palavras neutras e positivas ($p\text{-value}=.000 < \alpha= .05$), tendo sido igualmente verificada diferença significativa entre palavras positivas e negativas ($p\text{-value}=.000 < \alpha= .05$), apenas não se verificam diferenças significativas entre as médias de evocações entre palavras neutras e negativas. - Ver Quadro 5

A análise intergrupala, a partir do teste T-student, permite-nos observar que se verificam diferenças significativas ao nível das evocações perante palavras negativas ($p\text{-value}=.001 < \alpha= .05$) e positivas ($p\text{-value}=.000 < \alpha= .05$), não se verificando diferenças significativas no que respeita às palavras neutras. – Ver Quadro 5

Quadro 5: Médias, Desvio Padrão e significância da diferença dos totais de memórias autobiográficas evocadas, valência das memórias e memórias evocadas por agrupamentos de palavras estímulo no grupo experimental e grupo de controlo.

	Grupo Experimental n=17	(Comparação Intragrupal) p-value*	Grupo de Controlo n=17	(Comparação Intragrupal) p-value*	Comparação Intergrupar p-value*
Total de Acontecimentos Evocados	Média = 24,8 D.P.= 6,7		Média = 25,7 D.P.= 4,2		
Acontecimentos Negativos Evocados	Média = 16,3 D.P.= 5,1	.000*	Média = 10,8 D.P.= 3,7	.001*	.001*
Acontecimentos Positivos Evocados	Média = 8,5 D.P.= 3,4	.000*	Média = 14,8 D.P.= 3,7	.000*	.000*
Acontecimentos Evocados com Palavras Negativas	Média = 12,4 D.P.= 3,9	.000*	Média = 8,4 D.P.= 2,0		.001*
Acontecimentos Evocados com Palavras Positivas	Média = 6,7 D.P.= 2,4		Média = 11,6 D.P.= 3,2		.000*
Acontecimentos Evocados com Palavras Neutras	Média = 6,1 D.P.= 3,6		Média = 5,7 D.P.= 2,6		

* Diferença significativa ($p < .05$) no teste T-student entre grupos.

Total de memórias autobiográficas evocadas em cada Palavra Estímulo

Relativamente à análise das memórias evocadas em cada palavra estímulo, baseámo-nos nos critérios de Cláudio (2004), segundo os quais, é considerada uma média elevada todas as palavras que apresentarem valores iguais ou superiores a 1 e como médias inferiores aquelas que forem iguais ou inferiores a 0,5. A nossa análise debruçar-se-á apenas sobre as palavras que se apresentem médias elevadas ou baixas de acordo com os valores supracitados. Apresentamos de seguida – *Quadro 6* – os valores das médias e desvio-padrão das memórias

autobiográficas evocadas em cada palavra-estímulo aqui apresentados, são **ordenados de forma decrescente**, de modo a facilitar a visualização dos resultados

Quadro 6: Médias, Desvio Padrão do total de memórias autobiográficas evocadas em cada Palavra Estímulo no grupo experimental e grupo de controlo

GRUPO EXPERIMENTAL			GRUPO DE CONTROLO		
Palavra	Média	Desvio-Padrão	Palavra	Média	Desvio-Padrão
Dor	1,9*	0,89	Felicidade	1,6	0,78
Medo	1,9*	0,65	Doenças	1,5	0,51
Doenças	1,7	0,91	Alegria	1,5	0,87
Tristeza	1,4	0,51	Amor*	1,4	0,62
Solidão	1,3	0,78	Amizade*	1,3	0,78
Alegria	1,3	0,60	Mentira	1,2	0,83
Felicidade	1,1	0,72	Inteligência*	1,1	0,60
Maldade	1,1*	0,72	Solidariedade	1,1	0,60
Mentira	1,1	0,69	Sinceridade*	1,0	0,42
Àgua	1,0	0,57	Tristeza	1,0	0,65
Chão	1,0	0,70	Dor*	1,0	0,86
Amor	0,8*	0,52	Lealdade	0,9	0,55
Janela	0,7	0,68	Àgua	0,8	0,60
Lealdade	0,7	0,46	Honestidade	0,7	0,66
Mesa	0,6	0,78	Medo	0,7*	0,56
Solidariedade	0,6	0,49	Solidão	0,7	0,75
Egoísmo	0,6	0,50	Mesa	0,7	0,68
Sapato	0,6	0,61	Simpatia	0,6	0,49
Caneta	0,5	0,61	Caneta	0,5	0,61
Inveja	0,5	0,62	Tempo	0,5	0,50
Cadeira	0,5	0,62	Egoísmo	0,5	0,61
Parede	0,5	0,62	Sapato	0,5	0,61
Cinismo	0,5	0,51	Cadeira	0,5	0,61
Simpatia	0,5	0,51	Chão	0,5	0,71
Tempo	0,4	0,51	Cinismo	0,5	0,51
Amizade	0,4*	0,62	Janela	0,5	0,62
Inteligência	0,4*	0,50	Maldade	0,4*	0,51
Honestidade	0,3	0,49	Inveja	0,4	0,50
Sinceridade	0,3*	0,47	Parede	0,3	0,60
Incolor	0,2	0,46	Incolor	0,3	0,49

* Diferença significativa ($p < .05$) no teste *T-student* entre grupos

No grupo experimental, as palavras que apresentaram uma média alta foram, por ordem decrescente: *Dor, Medo, Doenças, Tristeza, Solidão, Alegria, Felicidade, Maldade, Mentira, Água e Chão*. As palavras que apresentaram uma média inferior foram: *Cinismo, Simpatia, Tempo, Amizade, Inteligência, Honestidade, Sinceridade e Incolor*.

Relativamente ao grupo de controlo, as palavras que apresentaram uma média elevada foram: *Felicidade, Doenças, Alegria, Amor, Amizade, Mentira, Inteligência, Solidariedade, Sinceridade, Tristeza e Dor*. As palavras que apresentaram médias inferiores foram: *Maldade, Inveja, Parede e Incolor*.

Na comparação intergrupar, utilizamos o teste *Mann-Whitney*, devido à ausência de normalidade na distribuição das palavras estímulo, assim, podemos constatar a existência de diferenças significativas nas palavras: Sinceridade (p-value=.000 < α = .05), Medo (p-value=.000 < α = .05), Maldade (p-value=.000 < α = .05), Amor ((p-value=.003 < α = .05), Inteligência (p-value=.002 < α = .05), Amizade (p-value=.002 < α = .05) e Dor (p-value=.005 < α = .05).

Total de memórias autobiográficas evocadas de estrutura Específica, Alargada e Categórica

Memórias Específicas:

Os dados indicam-nos que o grupo experimental evocou uma média de 6,88 (DP.=2,0) acontecimentos de estrutura específica, distribuindo-se entre um valor mínimo de 3 e um máximo de 11. O grupo de controlo evocou uma média de 9,06 (DP.=1,6), o valor mínimo obtido foi de 6 e o máximo de 11. A comparação entre as médias dos grupos, realizada pelo teste de T-student revela diferenças significativas entre os grupos (p-value=.002 < α = .05) – *Ver Quadro 7*.

Memórias Alargadas

O grupo experimental, apresenta uma média de evocações de acontecimentos de estrutura alargada de 7,8 (DP.= 3,7), tendo-se observado como valor mínimo 2 e máximo 18. Quanto ao grupo de controlo, verifica-se uma média de 9,0 (DP.=3,4), com um valor mínimo de 3 e máximo de 14. O teste de T-student indica

não existirem diferenças significativas entre os grupos ($p\text{-value}=.387 > \alpha = .05$). Ver Quadro 7.

Memórias Categóricas

Relativamente às memórias de estrutura categórica, o grupo experimental evocou uma média de 10,1 (DP.=4,7) acontecimentos, sendo o menor valor observado 3 e 19 o máximo. O grupo de controlo evocou uma média de 7,4 (DP.=2,7), numa distribuição que variava entre 3 e 13. De acordo com o teste T-student, as médias dos grupos diferem significativamente ($p\text{-value}=.045 < \alpha = .05$) – Ver Quadro 7.

Memórias autobiográficas de valência positiva e negativa de acordo com a estrutura específica, alargada e categórica

Memórias Específicas Positivas

O grupo experimental evocou uma média de 2,7 (DP.=1,7) acontecimentos específicos de valência positiva, sendo o valor mínimo observado 1 e o máximo de 5. O grupo de controlo evocou uma média de 6,3 (DP.=1,7), o valor mínimo obtido foi de 4 e o máximo de 9. A comparação entre as médias dos grupos, realizada pelo teste de T-student revela diferenças significativas entre os grupos ($p\text{-value}=.000 < \alpha = .05$) – Ver Quadro 7.

Memórias Específicas Negativas

A média de evocação de acontecimentos específicos negativos pelo grupo experimental foi de 3,9 (DP.=1,5), numa distribuição entre 2 e 7. Quanto ao grupo de controlo apresentou uma média de 2,9 (DP.=1,1), sendo o valor mínimo 1 e 5 o máximo. A comparação entre as médias dos grupos, realizada pelo teste de T-student revela diferenças significativas entre os grupos ($p\text{-value}=.044 < \alpha = .05$) – Ver Quadro 7.

Memórias Alargadas Positivas

O grupo experimental evocou uma média de 2,0 (DP.=1,6) acontecimentos alargados de valência positiva, sendo o valor mínimo observado 0 e o máximo de 6. Relativamente ao grupo de controlo verificou-se uma média de 5,8 (DP.=2,8), distribuídos entre um valor mínimo de 2 e máximo de 12. A comparação entre as

médias dos grupos, realizada pelo teste de *t-student* revela diferenças significativas entre os grupos ($p\text{-value}=.000 < \alpha= .05$) – *Ver Quadro 7*.

Memórias Alargadas Negativas

A média de evocação de acontecimentos alargados de valência negativa pelo grupo experimental foi de 6,0 (DP.=2,6), numa distribuição entre 2 e 12. Quanto ao grupo de controlo apresentou uma média de 3,2 (DP.=1,6), sendo o valor mínimo observado 0 e 6 o máximo. A comparação entre as médias dos grupos, realizada pelo teste de *t-student* revela diferenças significativas entre os grupos ($p\text{-value}=.001 < \alpha= .05$) – *Ver Quadro 7*.

Memórias Categóricas Positivas

O grupo experimental evocou em média 4,0 (DP.=1,5) acontecimentos categóricos positivos, numa distribuição que variava entre 1 e 6. No grupo de controlo verificou-se uma média de 4,7 (DP.=2,1), o valor mínimo obtido foi de 1 e o máximo de 8. Realizado o teste *T-student* para a comparação das médias podemos concluir não existem diferenças significativas entre os grupos ($p\text{-value}=.391 > \alpha= .05$) – *Ver Quadro 7*.

Memórias Categóricas Negativas

A média de evocação de acontecimentos categóricos negativos pelo grupo experimental foi de 6,3 (DP.=3,7), numa distribuição entre 2 e 13. Quanto ao grupo de controlo verificou-se uma média de 3,0 (DP.=1,5), sendo o valor mínimo observado 1 e 6 o máximo. A comparação entre as médias dos grupos, realizada pelo teste de *t-student*, revela diferenças significativas entre os grupos ($p\text{-value}=.003 < \alpha= .05$) – *Ver Quadro 7*.

Quadro 7: Médias, Desvio Padrão e significância da diferença dos totais de memórias autobiográficas de estrutura específica, alargada, categórica e valência das memórias de acordo com a sua estrutura, no grupo experimental e grupo de controlo.

	Grupo Experimental n=17	Grupo de Controlo n=17	Comparação Intergruppal <i>p-value*</i>
Memórias Específicas	Média = 6,8 D.P.= 2,0	Média = 9,0 D.P.= 1,6	.002*
Memórias Alargadas	Média = 7,8 D.P.= 3,7	Média = 9,0 D.P.= 3,4	
Memórias Categóricas	Média = 10,1 D.P.= 4,7	Média = 7,4 D.P.= 2,7	.045*
Memórias Específicas Positivas	Média = 2,7 D.P.= 1,7	Média = 6,35 D.P.= 1,7	.000*
Memórias Específicas Negativas	Média = 3,9 D.P.= 1,5	Média = 2,9 D.P.= 1,1	.044*
Memórias Alargadas Positivas	Média = 2,0 D.P.= 1,6	Média = 5,8 D.P.= 2,8	.000*
Memórias Alargadas Negativas	Média = 6,0 D.P.= 2,6	Média = 3,2 D.P.= 1,6	.001*
Memórias Categóricas Positivas	Média = 4,0 D.P.= 1,5	Média = 4,7 D.P.= 2,1	
Memórias Categóricas Negativas	Média = 6,3 D.P.= 3,7	Média = 3,0 D.P.= 1,5	.003*

* Diferença significativa ($p < .05$) no teste T-student entre grupos.

Análise da distribuição das memórias autobiográficas ao longo do ciclo de vida

Passamos agora à análise da distribuição das memórias autobiográficas ao longo do ciclo de vida, ou seja, a idade dos participantes aquando dos acontecimentos evocados, para melhor delimitar esta distribuição, optamos por estratificar em blocos de 10 anos.

- Grupo Experimental

No grupo experimental, entre os 0 e os 10 anos a média de acontecimentos evocados foi de 1, 2 (DP.= 0,9), entre os 10 e 20 anos encontramos uma média de 3,2 (DP.= 1,1), entre os 20 e 30 anos a média é de 5,00 (DP.=1,6), entre os 30 e 40 anos verifica-se uma média de 1,0 (DP.= 0,96), entre os 40 e 50 anos a média assume um valor de 1,1 (DP.= 0,82), entre os 50 e 60 anos a média é de 1,94 (DP.= 1,3), e por último entre os 60 e os 70 a média foi de 1,94 (DP.= 1,5)

- Grupo de Controlo

Para este grupo, podemos constatar que, entre os 0 e os 10 anos a média de acontecimentos evocados foi de 1, 2 (DP.= 0,9), entre os 10 e 20 anos apresenta uma média de 3,5 (DP.= 1,0), entre os 20 e 30 anos a média verificada é de 4,35 (DP.=0,9), dos 30 aos 40 anos a média é de 2,2 (DP.= 1,0), entre os 40 e 50 anos encontramos uma média de 1,9 (DP.= 1,5), sendo que entre os 50 e 60 anos a média é de 2,4 (DP.= 1,3), finalmente, entre os 60 e os 70 a média foi de 2,7 (DP.= 1,6)

Na análise intergrupar não se verificam diferenças significativas nas médias de acontecimentos evocados ao longo do ciclo de vida.

Análise da Correlação entre os resultados obtidos nas escalas clínicas

Inventário de Depressão de Beck e Escala de Resposta ao Acontecimento Traumático

Os resultados obtidos pelo experimental no Inventário de Depressão de Beck correlacionaram-se com os resultados obtidos na Escala de Resposta ao Acontecimento Traumático ($p\text{-value}=.024 < \alpha=.05$; $r=.543$), assim, pudemos observar que, quanto maior a severidade de depressão indicada, maiores são os valores relativos à manifestação de sintomas de PSPT . Não foi encontrada nenhuma

correlação significativa entre estas duas escalas para o grupo de participantes sem PSPT.

Análise das correlações entre os resultados obtidos nas escalas clínicas e os factores analisados na Tarefa de Memória Autobiográfica

Na nossa análise de correlação entre os resultados obtidos nas escalas clínicas e os factores analisados na Tarefa de Memória Autobiográfica, não foi encontrada nenhuma correlação significativa no grupo experimental, sendo que, relativamente ao grupo de controlo encontrámos uma correlação significativa entre o Inventário de Depressão de Beck e o total de acontecimentos evocados ($p\text{-value}=.002 < \alpha=.05$; $r = -.543$), assim como o total de acontecimentos de estrutura específica evocado ($p\text{-value}=.036 < \alpha=.05$; $r = -.510$), estes dados indicam-nos que, quanto maior o valor obtido no BDI (severidade da depressão), menor é o total de acontecimentos evocados assim como menor a especificidade nas memórias evocadas. Não foi encontrada nenhuma correlação significativa entre a Escala de Resposta ao Acontecimento Traumático e factores analisados na Tarefa de Memória Autobiográfica neste grupo. Convém ainda salientar que não foi encontrada qualquer correlação entre as escalas utilizadas e os acontecimentos evocados em cada uma das palavras estímulo usadas na tarefa.

Capítulo VII

Síntese e Discussão dos Resultados

Síntese e Discussão dos Resultados

Passamos agora à discussão dos resultados obtidos na presente investigação, procedendo, em primeiro lugar, a uma síntese das diferenças mais significativas encontradas na comparação entre os grupos em estudo. Posteriormente, faremos uma abordagem compreensiva destes resultados à luz dos quadros teóricos expostos na revisão de literatura.

Síntese dos Resultados

Podemos assim, destacar que, *o grupo experimental*: (1) Obteve valores significativamente mais elevados no Inventário da Depressão de Beck, tendo o mesmo sido verificado na Escala de Resposta ao Acontecimento Traumático, existindo entre estes uma correlação positiva; (2) Na Tarefa de Memória Autobiográfica, este grupo, evocou significativamente mais memórias autobiográficas de valência negativa e menos de valência positiva; (3) Foram evocadas significativamente mais memórias autobiográficas perante palavras estímulo de valência negativa, do que positiva ou neutra; (4) Apresentou significativamente menos memórias específicas (maior sobregeneralização), apresentando mais memórias categóricas; (5) Evocou de forma significativa mais memórias negativas tanto de estrutura específica como de estrutura categórica

Discussão dos resultados

Os resultados obtidos neste estudo permitem-nos confirmar as nossas hipóteses de investigação, segundo as quais: (1) Os participantes com perturbação de *stress* pós-traumático apresentariam menor especificidade na evocação de memórias autobiográficas do que os participantes sem alteração psicopatológica; (2) Evocariam maior número de memórias autobiográficas de valência negativa, e por último, (3) Evocariam mais memórias autobiográficas perante palavras estímulo de valência negativa quando comparadas com as de valência positiva ou neutra.

Os resultados que obtivemos apresentam-se convergentes com a maioria das investigações referidas na revisão de literatura, nomeadamente as de McNally, Prassas, Litz, Shin, & Weathers (1994); Harvey, Bryant, & Dang (1998); Wessel, Merckebach, & Dekkers (2002) e Kuyken, Howell, & Dalgleish (2006), assim como a revisão elaborada por Moore & Zoellner (2007).

Tal como referimos anteriormente, no nosso estudo verificou-se que os participantes diagnosticados com perturbação de *stress* pós-traumático apresentaram

menor especificidade (maior sobregeneralização), na evocação mnésica autobiográfica, quando comparados com o grupo de controlo. Convém, no entanto, salientar, que, embora o grupo experimental tenha evocado mais *memórias categóricas* e menos *memórias específicas* do que o grupo de controlo, estes não apresentam diferenças quanto às *memórias alargadas*.

Acreditamos que parte da explicação deste fenómeno pode residir no facto de que, em ambos os grupos, uma grande parte das memórias evocadas enquadra-se temporalmente durante o serviço militar, sendo por isso, muito frequente memórias como: “ *quando estava na recruta*” ou “ *no meu último ano de tropa*”, sendo estas cotadas como *alargadas*, visto serem memórias relativas a um determinado período, especificamente localizado no tempo mas de duração superior a um dia. Estes resultados podem ser melhor compreendidos se considerarmos que, de uma forma geral, o tempo de serviço militar cumprido pelos participantes teve um profundo impacto nas suas vidas, tanto pela duração deste (em regra 4 anos), como pelo facto de estarem em guerra, independentemente de terem sido expostos ou não a combate directo.

Outro factor importante para compreender o elevado número de memórias alargadas em ambos os grupos, relaciona-se com o que abordámos na revisão de literatura, relativamente á evocação de memórias autobiográficas ao longo do ciclo de vida (Groeger, 1997; Conway, 1991; Robinson, 1992). Assim, a idade do serviço militar enquadrar-se-ia no período *de reminiscência* que, segundo Rubin & Schulkind (1997), é caracterizado por uma inesperada subida no número de memórias evocadas pelos sujeitos, relativas ao período entre os seus dez e os vinte e cinco anos de idade. Conway (1997) considera que na raiz deste fenómeno pode estar o facto de este ser um período de formação do *self*, posição partilhada por Cohen (1993) ao salientar a importância desta etapa na qual ocorrem acontecimentos altamente significantes para a história pessoal do indivíduo. Na nossa análise das datas dos acontecimentos evocados é possível constatar que a maior média de evocações de memórias autobiográficas situa-se exactamente no *período de reminiscência* supracitado, tendo este fenómeno sido verificado nos dois grupos em estudo.

A este respeito devemos acrescentar que, para ambos os grupos, constatámos que o número de evocações de acontecimentos abaixo dos sete anos de idade foi muito reduzido, podendo este dado ser interpretado como o fenómeno descrito na literatura como *amnésia infantil* (Cohen, 1993; Wetzler & Sweeney, 1986). Foi ainda possível constatar um aumento significativo das evocações relativas aos últimos cinco

a dez anos, neste sentido os nossos dados mostram-se convergentes com as teorias supracitadas, enquadrando-se no que é descrito por *período de reminiscência* Rubin & Schulkind (1997).

Relativamente ao fenómeno da sobregeneralização (menor especificidade) da memória autobiográfica observado nos nossos resultados, consideramos que o contributo teórico de Williams & Broadbent (1986) e Williams, Watts, Macleod, & Mathews (2000) poderá constituir-se enquanto um precioso auxiliar na compreensão deste fenómeno, directamente relacionado com a nossa primeira hipótese de investigação que vimos confirmada. Como referimos anteriormente, este autor refere a existência um «laço mnemónico» segundo o qual, o indivíduo acede inicialmente a eventos categóricos e, posteriormente, especifica o conteúdo, chegando às memórias específicas. No entanto, perante memórias dolorosas, o sujeito tende a abortar a busca no nível categórico, evitando a memória específica, encontrando-se aqui a génese da sobregeneralização da memória autobiográfica. Assim, após uma ou várias situações traumáticas os indivíduos tendem evitar a aceder a memórias específicas, ficando numa descrição mais categórica ou com menor especificidade.

Segundo o mesmo autor, este mecanismo inicia-se na infância, encontrando-se directamente relacionado com história de abuso infantil ou stress crónico, e tende perpetuar-se ao longo da vida do indivíduo, expandindo-se não apenas aos processos de evocação mas igualmente aos de codificação. Um outro aspecto que consideramos essencial nesta teoria é de que, uma vez que este sistema de codificação / evocação generalista se encontra instalado, activa-se tanto para acontecimentos positivos como negativos, o que nos poderá ajudar a compreender o facto de mesmo perante palavras estímulo positivas os participantes responderem com evocações genéricas. No entanto, os resultados do nosso estudo indicam que os participantes do grupo experimental evocaram mais memórias específicas negativas dos que os do grupo de controlo, sendo que os últimos evocaram mais memórias específicas positivas que os primeiros. Ou seja, os nossos dados indicam-nos que, apesar do grupo experimental ter evocado menos memórias específicas na totalidade da tarefa, contrariou esta tendência nas memórias específicas negativas. Este dado poderá reflectir a tendência geral a evitar memórias específicas dolorosas, independentemente de se tratar de populações diagnosticadas com algum tipo de psicopatologia ou não.

Consideramos que, embora a teoria proposta por Williams seja bastante coerente na explicação dos fenómenos subjacentes à sobregeneralização, existem outros contributos teóricos que procuram descrever a falta de especificidade na memória

autobiográfica sem recorrer necessariamente ao historial de abuso ou stress crónico durante a infância, tal é o caso de Wessel, Merckebach, & Dekkers (2002), que consideram que na base da sobregeneralização se encontram os processos cognitivos existentes na depressão e na PSPT, tais como a intrusão de memórias de eventos negativos e os mecanismos de evitamento, que conduzem a uma diminuição na concentração, motivação e, conseqüentemente, diminuem o acesso a alguns recursos cognitivos, entre estes o acesso a memórias autobiográficas com maior especificidade.

No nosso grupo experimental (participantes diagnosticados com PSPT), foram registados valores elevados na descrição de sintomatologia depressiva, correspondendo a depressão média / severa, assim como uma elevada presença de sintomatologia de PSPT, neste sentido concordamos com a teoria avançada por Watkins & Teasdale (2001), em que, nos sujeitos deprimidos ou com PSPT se verifica um estilo de pensamento caracterizado por uma tendência a descrições categóricas negativas, este mecanismo tende a reforçar-se bloqueando um estilo cognitivo que dê primazia a uma procura de informação autobiográfica específica.

Um outro aspecto importante a salientar neste ponto foi avançado por McNally (1994) que afirma que a falta de especificidade nas memórias autobiográficas nos pacientes com PSPT pode decorrer directamente do permanente esforço de evitamento de memórias ou contextos relacionados com a situação traumática. Esta perspectiva encontra eco nos modelos teóricos avançados por Horowitz (1999) e Power & Dalgeish (2003). Posteriormente, Williams, Watkins, Dalgeish, & Hermans (2007) introduziram o conceito de “evitamento funcional” segundo estes autores o indivíduo mantém a evocação a um nível geral, evitando a especificação e conseqüentemente um maior impacto emocional negativo. Este mecanismo funciona indiscriminadamente, seja para palavras estímulo de valência positiva ou negativa, sendo que, mesmo palavras de valência positiva podem desencadear memórias de eventos dolorosos que necessitam ser inibidas.

Os mecanismos de ruminação e de tendência a descrições categóricas negativas que referimos anteriormente, podem elucidar-nos sobre o facto de os participantes com diagnóstico de PSPT evocarem maior número de memórias autobiográficas de valência negativa do que participantes sem esta perturbação, o que constituía a nossa segunda hipótese de investigação. Consideramos que, a forte manifestação de sintomatologia depressiva associada a um quadro de PSPT, dificultou o acesso a memórias autobiográficas de valência positiva. A explicação para este fenómeno pode residir na noção de tríade depressiva avançada por Beck, Rush, Shaw, & Emery

(1997), segundo a qual, nos quadros depressivos são desenvolvidas visões negativas sobre Si, o Mundo e o Futuro. Os esquemas cognitivos presentes na depressão podem privilegiar a evocação de um maior número de memórias autobiográficas negativas, visto ser mais frequente estes participantes acederem a representações negativas do self. À semelhança do “laço mnemónico” (*mnemonic interlock*) preconizado por Williams (2000), surge um fenómeno semelhante, denominado “laço depressivo” (*depressive interlock*), caracterizado por ciclos de codificação / evocação generalistas negativos, que conduzem a uma excessiva concentração ruminativa em si próprio, maioritariamente negativa.

Os resultados da nossa investigação, mostram-se convergentes com estas perspectivas teóricas. Como verificámos, o estilo de evocação mais utilizado pelos participantes do grupo experimental foi o categórico e de valência predominantemente negativa, contrastando com os resultados do grupo de controlo.

São ainda os processos cognitivos supracitados que serviram de base à nossa terceira hipótese levantada, segundo a qual, os participantes com perturbação de *stress* pós-traumático evocariam mais memórias autobiográficas perante palavras estímulo de valência negativa quando comparadas com as de valência positiva ou neutra. Podendo aqui verificar-se um efeito de congruência de humor, uma possível activação dos esquemas hipervalentes relacionados com o trauma e depressão podem estar na génese deste fenómeno, ou seja, o indivíduo “dispõe” de mais material mnésico de conteúdo negativo, manifestando um claro desequilíbrio da distribuição das evocações de memórias autobiográficas, tendendo para memórias negativas. Também aqui remetemos para o “laço depressivo”, no qual uma memória de valência positiva tende a conduzir a outra e assim sucessivamente.

Estes dados podem ganhar maior compreensibilidade, ao constatarmos que o grupo experimental evocou substancialmente mais memórias com palavras estímulo de valência negativa, tendo sido as cinco palavras com maior média de evocação: Dor; Medo; Doenças; Tristeza e Solidão, contratando uma vez mais com o grupo de controlo cujas palavras com maior média de evocações foram: Felicidade; Doenças; Alegria; Amor e Amizade. É importante salientar que apenas a palavra Doenças se encontra entre as mais evocadas em ambos os grupos, sendo que todas as palavras que mais evocações surtiram no grupo experimental são de valência negativa, enquanto que, no grupo de controlo (com a excepção de Doenças), são de valência positiva.

Por último, gostaríamos de salientar outro aspecto que deve ser considerado relativamente à predominância de memórias negativas no grupo experimental, este prende-se com a importância do contexto onde este protocolo foi aplicado: A Associação dos Deficientes das Forças Armadas (serviços clínicos), este espaço pode ter influenciado os resultados obtidos de duas formas.

Em primeiro lugar, trata-se de um espaço que tende a ser directamente relacionado com a experiência de guerra, daqui decorre que, embora nada na instrução transmitida aos participantes o sugerisse, muitas das evocações relacionaram-se com episódios vividos no teatro operacional, sendo que, muitas destas são de natureza traumática ou afectivamente dolorosas. Em segundo lugar, tratando-se de participantes que foram diagnosticados com PSPT pelos serviços clínicos desta instituição, estes podem ter elaborado determinadas expectativas relacionadas com o seu diagnóstico, que condicionassem as suas respostas no sentido de revelarem o máximo de congruência com o que “seria esperado”, ainda que tenha sido previamente explicado, tratar-se de um estudo de memórias autobiográficas.

Capítulo VIII

Conclusões

Conclusões

Tivemos como principal objectivo nesta investigação uma melhor compreensão das possíveis relações existentes entre a Perturbação de Stress Pós-traumático e os seus efeitos nos mecanismos de evocação de Memórias Autobiográficas.

Os resultados obtidos demonstram que, os participantes diagnosticados com Perturbação de Stress Pós-Traumático, apresentam menor especificidade nas memórias autobiográficas evocadas, adoptando um estilo maioritariamente categórico (sobregeneralização). Os dados da nossa investigação apresentam-se concordantes com a maioria das investigações realizadas nesta área que foram referidas na revisão de literatura. Parece-nos assim plausível indicar a existência de uma relação entre a PSPT e o fenómeno da sobregeneralização da memória autobiográfica.

No entanto, e apesar de os resultados, indicarem uma maior especificidade nas memórias autobiográficas nos sujeitos sem alteração psicopatológica, consideramos que estes dados devem ser cuidadosamente observados, no sentido em que, embora na *generalidade* se apresentem mais específicos, pudemos constatar, não raras vezes, nos sujeitos diagnosticados com PSPT verificava-se igualmente a evocação de episódios com grande especificidade, em especial aqueles relacionados com o trauma vivido, tendo este grupo *evocado mais memórias específicas negativas* do que o grupo de controlo. Ainda neste aspecto, convém salientar que, os participantes do grupo experimental evocavam memórias específicas traumáticas tanto perante palavras estímulo de valência negativa quanto positiva.

Algumas observações nesta investigação podem contrariar a teoria de Williams segundo o qual verificar-se-ia um processo hierárquico na recuperação de memórias, no qual o indivíduo acede inicialmente a eventos categóricos e, posteriormente, especifica o conteúdo, chegando às memórias específicas, no entanto, segundo o autor, perante memórias dolorosas, o sujeito tenderia a abortar a busca no nível categórico, evitando assim a memória específica. Os resultados do nosso estudo indicam que, como referido anteriormente, o grupo com PSPT evocou mais memórias específicas negativas do que o grupo de controlo. A clareza e especificidade com que alguns episódios traumáticos foram evocados pelos participantes deixam-nos com algumas dúvidas sobre a abrangência da teoria postulada por Williams.

Sublinhamos assim o facto de que, embora na *generalidade* os sujeitos com PSPT tenham apresentado maior sobregeneralização nas memórias autobiográficas,

isto não se verificou nas memórias específicas negativas. Uma possível hipótese para a compreensão deste fenómeno prende-se com a relação entre os mecanismos depressivos e a PSPT, consideramos a possibilidade de que, se por um lado, os processos cognitivos presentes na depressão podem conduzir a um estilo mais generalista na evocação de memórias autobiográficas, por outro, a frequente intromissão de memórias e pensamentos acerca da situação traumática pode facilitar a evocação específica e detalhada destes episódios (traumáticos), contrariando a tendência á sobregeneralização.

Tal como referimos na nossa revisão de literatura, os primeiros estudos realizados especificamente sobre a sobregeneralização da memória autobiográfica foram realizados em pacientes diagnosticados com Depressão Major, sendo que apenas em estudos subsequentes se pretendeu avaliar se este fenómeno se verificava igualmente noutros quadros psicopatológicos, nomeadamente, a perturbação de stress pós-traumático. No entanto, na nossa opinião, e fundamentados na literatura, cremos que, a associação entre a PSPT e os quadros Depressivos são muito consistentes, sendo a Depressão Major uma das perturbações do humor mais frequentemente associadas a esta psicopatologia.

Tal como verificamos no nosso grupo experimental, foram registados valores elevados (depressão severa) no Inventário de Depressão de Beck. Neste sentido, cremos na existência *de um quadro indissociável* entre estas duas perturbações, sendo quanto a nós, uma possível limitação desta investigação. Assim, para além da menor especificidade, constatámos que as memórias evocadas pelos participantes diagnosticados com PSPT eram maioritariamente de valência negativa, apresentando-se tendencialmente enquanto descrições categóricas depreciativas acerca de si mesmo ou das experiências vividas no passado, consideramos que este fenómeno é passível de ser percebido à luz dos mecanismos depressivos anteriormente expostos.

Relativamente ao instrumento utilizado para o estudo das memórias autobiográficas (Tarefa de Memória Autobiográfica), consideramos que pode, na nossa opinião, em alguns casos, propiciar alguma fadigabilidade por parte dos participantes, devido ao número de palavras que contém (30 palavras), sendo solicitado ao participante que por cada palavra relate um acontecimento da sua vida que essa palavra lhe recorde. Outro aspecto, frequentemente comentado pelos participantes, foi a semelhança entre palavras estímulo, por exemplo: «*Sinceridade*» e «*Honestidade*» ou «*Alegria*» e «*Felicidade*». Colocamos a hipótese de que, com uma tarefa que incluísse menos palavras (por exemplo, 15 palavras), sendo menos

fatigante, pudesse traduzir-se numa maior especificidade das respostas em função de uma maior “disponibilidade” de recursos que algum cansaço pode reduzir, nomeadamente em participantes que apresentam maior sintomatologia depressiva, nos quais uma tarefa desta natureza constitui-se como um esforço cognitivo bastante significativo.

Outra das limitações presentes neste estudo prendeu-se, como referido anteriormente, com a possível influência do contexto físico (Associação dos Deficientes das Forças Armadas) onde o protocolo foi aplicado. Colocamos a possibilidade de que, a forte associação entre o local e as memórias de guerra possam ter enviesado parte dos resultados, remetendo para memórias de guerra, sendo estas na sua grande maioria dolorosas. Um futuro estudo realizado neste âmbito deveria, tanto quanto possível, ser realizado num espaço não remeta directamente para nenhum tema em particular, assumindo um princípio de neutralidade.

Outro aspecto importante a salientar nesta temática relaciona-se com a questão base colocada por alguns autores, segundo os quais nunca será possível clarificar se a sobregeneralização surge como consequência de uma vivência traumática ou, pelo contrário, enquanto mecanismo pré-existente, constitui um factor de vulnerabilidade ao desenvolvimento de quadros de perturbação de stress pós-traumático, neste sentido remetemos para o estudo realizado por Bryant, Kylie, & Guthrie (2007), A hipótese de que a sobregeneralização pode constituir-se enquanto factor de vulnerabilidade quer à depressão quer à PSPT é partilhada por diversos autores (Kuyken, Howell, & Dalgleish, 2006 ; Van Minnen, Wessel, verhaak, & Smeenk, 2005).

Estabelecida a relação entre a PSPT e a sobregeneralização das memórias autobiográficas, consideramos que, uma das aplicabilidades que desta investigação pode resultar é, em futuros trabalhos, à semelhança do realizado por Gonçalves, (2006), promover o desenvolvimento de estratégias de evocação de memórias autobiográficas específicas em pessoas com diagnóstico de PSPT. Sendo que, a promoção deste tipo de memórias conduz aos benefícios apontados por Bluck, Habermas, & Rubin (2005) relativamente às funções de *Self*, *Directiva* e *Social* directamente associadas à memória autobiográfica. Assim, em futuras investigações, deveriam ser exploradas as possíveis vantagens terapêuticas da estimulação de memórias específicas.

Referências

- Anderson, J. (2000). *Cognitive Psychology and its implications*. New York: Freeman.
- Anuniação, C. (1997). Stress Traumático- fenômeno, etiologia e tratamento. *Revista de Psicologia Militar*, 10, 147-161.
- Association, American Psychiatric. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Ed ed.). Washington DC: Author.
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1987). *Beck Depression Inventory - Manual* (2 ed.). San Antonio: The Psychological Corporation.
- Bluck, S. (2003). Autobiographical memory: exploring its functions in everyday life. *Memory*, 11 (2), 113-123.
- Bluck, S., Habermas, T., & Rubin, D. C. (2005). A tale of three functions: the self-reported uses of autobiographical memory. *Social cognition*, 23 (1), 91-117.
- Brewin, C. R. (1998). Intrusive Autobiographical Memories in Depression and Post-traumatic Stress Disorder. *Applied Cognitive Psychology*, 12, 359-370.
- Bryant, R. A., Kylie, S., & Guthrie, R. M. (2007). Impaired specific autobiographical memory as a risk factor for posttraumatic stress after trauma. *Journal of Abnormal Psychology*, 116 (4), 837-841.
- Cláudio, V. (2004). *Do trama das minhas memórias o fio que tece a depressão: Esquecimento dirigido e memória autobiográfica na depressão major*. Lisboa: ispa.
- Cohen, G. (1993). *Memory in The Real World*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Conway, M. A., & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107 (2), 261-288.
- Conway, M. A., Singer, J. A., & Tagini, A. (2004). The self and autobiographical memory. correspondence and coherence. *Social Cognition*, 22 (5), 491-529.
- Conway, M. (1997). *Cognitive models of memory*. Hove, UK: Psychology Press.
- Conway, M. (1991). In defense of everyday memory. *American Psychologist*, 46 (1), 19-46.
- Dagleish, T., Rolf, J., Golden, A.-M., Dunn, B., & Barnard, P. (2008). Reduced autobiographical memory specificity and posttraumatic stress, exploring the contributions of impaired executive control and affect regulation. *Journal of abnormal psychology*, 117 (1), 236-241.

- Damásio, A. (1999). *O sentimento de si: O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Doron, R., & Parot, f. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of persistent posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy* (38), 319-354.
- Fank, J., & Fernandez, L. (2006). Rememoração, subjectividade e as bases neurais da memória autobiográfica. *Psicologia Clinica* , 18, 35-45.
- Gabbard, G. O. (1998). *Psiquiatria Psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed.
- Geraerts, E., & Brennem, T. (2006). Investigating cognitive abnormalities in posttraumatic stress disorder. In M. J. Roy, *Novel Approaches to the Diagnosis and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder* (pp. 38-41). IOS Press.
- Gilboa, A. (2004). Autobiographical and episodic memory—one and the same?: Evidence from prefrontal activation in neuroimaging studies. *Neuropsychologia* , 42 (10), 1336-1349.
- Gleitman, H., Fridlund, A. J., & Reisberg, D. (2003). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Godden, D., & Baddeley, A. (1975). When does context influence recognition. *British Journal of Psychology* (71), 99-104.
- Gonçalves, D. (2006). *Estimulação e promoção de memórias autobiográficas específicas como metodologia de diminuição de sintomatologia depressiva em pessoas idosas*. Minho: Universidade do Minho.
- Gouveia, J. P., & Sacadura, C. A. (2003). Terapia Cognitiva-Comportamental na Perturbação Pós-Stress Traumático. In M. G. Pereira, & J. Monteiro-Ferreira, *Stress Traumático: Aspectos Teóricos e Intervenção* (pp. 163-185). Lisboa: Climepsi Editores.
- Groeger, J. (1997). *Memory & remembering: Everyday memory in context*. London: Addison Wesley Inc.
- Groeger, J. (1997). *Memory & Remembering: Everyday Memory In Context*. New York: Addison Wesley Longman Inc.
- Harvey, A., Bryant, R. A., & Dang, S. (1998). Autobiographical memory in acute stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 66 (3), 500-506.
- Hauer, B. J., Wessel, I., & Merckelbach, H. (2006.). Intrusions, Avoidance and Overgeneral Memory in a Non-Clinical Sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy* , 13 (4), 264-268.
- Henderson, D., Hargreaves, I., Gregory, S., & Williams, J. G. (2002). Autobiographical memory and emotion in a nonclinical sample of women with and without a reported history of childhood sexual abuse. *British Journal of Clinical Psychology* , 41, 129–14.

- Horowitz, M. J. (1999). Essential Papers on Post Traumatic Stress Disorder. In M. J. Horowitz (Ed.), *Essential Papers on Post Traumatic Stress Disorder* (pp. 1-21). New York: New York University Press.
- Jannoff-Bulman, R. (1985). Working with victims: Changes in the researcher's assumptive world. In J. E. Singer, A. Baum, & S. valins, *Advances in Environmental Psychology*. New York: Lawrence Erlbaum.
- Janoff-Bulman, R. (1999). Rebuilding shattered assumptions after traumatic life events. In C. Snyder (Ed.), *Coping - the psychology of what works* (pp. 305-323). University Press.
- Kangas, M., Henry, J. L., & Bryant, R. A. (2005). A prospective study of autobiographical memory and posttraumatic stress disorder following cancer. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 23 (2), 293-299.
- Kolk, V.-D. (1995). *Approaches to the Treatment of PTSD*. Obtido em 1 de Novembro de 2009, de David Baldwin's Trauma Pages: <http://www.trauma-pages.com/a/vanderk.php>
- Kuyken, W., & Brewin, C. R. (1995). Autobiographical memory functioning in depression and reports of early abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 (4), 581-591.
- Kuyken, W., Howell, R., & Dalgleish, T. (2006). Overgeneral Autobiographical Memory in Depressed Adolescents With Versus Without, a Reported History of Trauma. *Journal of Abnormal Psychology*, 115 (3), 387-396.
- Mackinger, H. F., Pachinger, M., Leibetseder, M., & Fartacek, R. (2000). Autobiographical Memories in Women Remitted From Major Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (2), 331-334.
- Maia, Â. C., & Fernandes, E. (2003). Epidemiologia da Perturbação Pós-Stress Traumático (PTSD) e Avaliação da Resposta ao Trauma. In M. Pereira, & J. Monteiro-Ferreira, *Stress Traumático: Aspectos Teóricos e Intervenção* (pp. 35-54). Lisboa: Climepsi Editores.
- Marcelino, D., & Figueiras, M. (2007). A perturbação pós-stress traumático nos socorristas de emergência pré-hospitalar. Influência do sentido interno de coerência e da personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (1), 95-106.
- Margis, R. (2003). Comorbidade no transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 1 (25), 17-20.
- McIntyre, T., & Ventura, M. (1997). Crianças De Guerra: Um estudo de PSTD em Adolescentes Angolanos. *Revista de Psiquiatria* (3), 15-18.
- McNally, R. J., Prassas, A., Litz, B., Shin, L. M., & Weathers, f. W. (1994). Emotional priming of autobiographical memory in post-traumatic stress disorder. *Cognition & Emotion*, 8 (4), 351-367.
- Miller, G. (1956). The magical number seven, plus or minus two: some limits on our capacity for processing information. *Psychological Review*, 63, 81-97.

- Moore, S., & Zoellner, L. (2007). Overgeneral autobiographical memory and traumatic events: an evaluative review. *Psychological Bulletin*, 133 (3), 419-437.
- Moscovitch, M., Rosenbaum, S., Gilboa, A., Addis, D., Westmacott, R., Grady, C., et al. (2005). Functional neuroanatomy of remote episodic, semantic and spatial memory: a unified account based on multiple trace theory. *Journal of Anatomy*, 35-66.
- Nelson, K., & Fivush, R. (2004). The emergence of autobiographical memory: A social cultural developmental theory. *Psychological Review*, 111 (2), 486-511.
- Nobre, F. (1997). Stress traumático na intervenção humanitária além fronteiras. *Revista de Psiquiatria*, 10 (1), 69-71.
- Pires, T. (2005). *Perturbação de Stress Pós-Traumático em Vítimas de Acidentes Rodoviários*. Minho: Universidade do Minho.
- Power, M., & Dalgeish, T. (2003). *Cognition and Emotion*. New York: Psychology Press.
- Quintais, L. (2000). Trauma e memória: Um exercício etnográfico. *Etnográfica*, 4 (1), 61-88.
- Resick, P. (2000). Prevalence of traumatic stress and related disorders. In P. Resick, *Stress and Trauma* (pp. 29-55). USA: Psychology Press.
- Ribeiro, J. (1999). *Marcas de Guerra Colonial*. Porto: Campo das letras - Editores.
- Robinson, J. (1992). Autobiographical Memory. In M. Gruneberg, & P. Morris, *Aspects of memory: Vol I- the practical aspects* (pp. 223-247). London: Routledge.
- Rubin, D. C., & Schulkind, M. (1997). Distribution of important and word-cued autobiographical memories in 20-, 35-, and 70-year-old adults. *Psychology and Aging*, 12 (3), 524-535.
- Schank, R. C. (1982). *Dynamic Memory*. Cambridge: Cambridge University press.
- Serra, A. V. (2003). *O distúrbio de stress pós-traumático*. Coimbra: Vale & Vale Editores.
- Tulving, E. (2002). Episodic memory: from mind to brain. *Annual Reviews Psychology*, 1-25.
- Van Minnen, A., Wessel, I., Verhaak, C., & Smeenk, J. (2005). The relationship between autobiographical memory specificity and depressed mood following a stressful life event: A prospective study. *British Journal of Clinical Psychology*, 44 (3), 405-415.
- Watkins, E., & Teasdale, J. D. (2001). Rumination and Overgeneral Memory in Depression: Effects of Self-Focus and Analytic Thinking. *Journal of Abnormal Psychology*, 110 (2), 353-357.
- Wessel, I., Meeren, M., Peeters, F., Arnoud, A., & Merckelbach, H. (2001). Correlates of autobiographical memory specificity: The role of depression, anxiety and childhood trauma. *Behaviour Research and Therapy*, 39 (4), 409-421.
- Wessel, I., Merckelbach, H., & Dekkers, T. (2002). Autobiographical memory specificity, intrusive memory and general memory skills in Dutch-Indonesian survivors of the world war II Era. *Journal of Traumatic Stress*, 15 (3), 227-234.

Wetzler, S. E., & Sweeney, J. A. (1986). Childhood Amnesia: A Conceptualization in Cognitive-Psychological Terms. *Journal of the American Psychoanalytic Association* , 34.

Williams, J. M., & Dritschel, B. H. (2000). Categorical and extended Autobiographical Memories. In D. C. Rubin, *Theoretical perspectives on autobiographical memory* (pp. 391-410). Netherlands: Kluwer Academic Press.

Williams, J., Watkins, E., Dalgleish, T., & Hermans, D. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin* , 133, 122-148.

Williams, M., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in attempted suicide patients. *Journal of abnormal psychology* , 95, 144-149.

Williams, M., Watts, F., Macleod, C., & Mathews, A. (2000). *Psicologia cognitiva e perturbações emocionais*. Lisboa: Climepsi Editores.

ANEXOS

Anexo A: Consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Data: ___/___/___

Leia atentamente as informações abaixo indicadas e, posteriormente, assine caso concorde em participar na investigação sobre Memórias Autobiográficas. Esta investigação realiza-se no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

O/a participante abaixo assinado, após ter sido informado(a) e tendo esclarecido as suas dúvidas, concorda em participar na investigação em causa.

A participação da pessoa é voluntária, podendo retirar-se do estudo ou recusar-se a prosseguir na execução da tarefa a qualquer momento, sem ocorrência de qualquer dano ou perda de benefícios aos quais tenha direito.

A participação nesta pesquisa tem unicamente fins de investigação científica. As respostas obtidas neste estudo serão gravadas em áudio e posteriormente traduzidas em dados estatísticos. É garantido ao/à participante o sigilo, assegurando a sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

O/a participante que concordar com os termos presentes, deve assinar dois documentos como o presente, sendo um para si e outro para o investigador.

Assinatura do/a participante

Assinatura do responsável pelo presente estudo

Anexo B: Inventário da Depressão de Beck

Neste questionário existem grupos de quatro afirmações.
Por favor, leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir seleccione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu **NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE**. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação seleccionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
1 Sinto-me triste.
2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.
3 Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro.
1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.
2 Sinto que não tenho nada a esperar .
3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto fracassado(a).
1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio.
2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.
3 Sinto que sou um completo fracasso.

4. 0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas como antes.
1 Não tenho satisfação com as coisas como costumava ter.
2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com coisa alguma.
3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.

5. 0 Não me sinto particularmente culpado(a).
1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.
2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.
3 Sinto-me culpado(a) o tempo todo.

6. 0 Não sinto que esteja a ser punido(a).
1 Sinto que posso ser punido(a).
2 Sinto que mereço ser punido(a).
3 Sinto que estou a ser punido(a).

7. 0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).
1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).
2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).
3 Eu odeio-me.

8. 0 Não sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.
1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.
2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.
3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.
9. 0 Não tenho qualquer ideia de me matar.
1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.
10. 0 Não costumo chorar mais do que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava fazer.
2 Actualmente, choro o tempo todo.
3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.
11. 0 Não me irrita mais do que costumava.
1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
2 Actualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).
3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.
12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte do interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões tão bem como antes.
1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Já não consigo tomar qualquer decisão.
14. 0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.
2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente
3 Considero-me feio(a).
15. 0 Sou capaz de trabalhar tão bem como antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16. 0 Durmo tão bem como habitualmente.
1 Não durmo tão bem como costumava.
2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado(a) do que é habitual.
1 Fico cansado(a) com mais facilidade do que antes.
2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.
3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.
18. 0 O meu apetite é o mesmo de sempre.
1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.
2 O meu apetite, agora, está muito pior.
3 Perdi completamente o apetite.
19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5 Kg.
2 Perdi mais de 5 Kg.
3 Perdi mais de 7,5 Kg.
Estou propositadamente a tentar perder, comendo menos. Sim___ Não___
20. 0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.
1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago ou prisão de ventre.
2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.
3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
21. 0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.
1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.
2 Sinto-me , actualmente , muito menos interessado(a) pela vida sexual.
3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.

Anexo C: Escala de resposta ao Acontecimento Traumático

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA RESPOSTA AO ACONTECIMENTO TRAUMÁTICO

Desenvolvido por Teresa McIntyre & Margarida Ventura, 1996

INSTRUÇÕES: As pessoas respondem a acontecimentos traumáticos de forma variada. Neste questionário são apresentadas perguntas e afirmações que têm por objectivo descrever as respostas a esse tipo de acontecimento.

Não há respostas certas ou erradas, só maneiras diferentes de reagir a um acontecimento traumático. Responda, por favor, com exactidão e veracidade a todas as perguntas e afirmações apresentadas, a seguir:

I - ACONTECIMENTO

A

1. Já alguma vez teve uma experiência traumática? (Como, por exemplo, ferimentos graves, violação, aborto ou outras experiências que tenham ameaçado seriamente a sua vida ou a de outros):

SIM_____ NÃO_____

2. Descreva, por favor, essa experiência:

3. Quando é que isso aconteceu? ANO_____ MÊS_____

(a) Há menos de 6 meses_____

(b) Há mais de 6 meses_____

4. Depois desse acontecimento, sente que mudou?

5. Quanto tempo, desde o acontecimento, é que começou a sentir-se assim?

(a) Até 6 meses_____

(b) Mais de 6 meses_____

6. Actualmente, ainda sente essas diferenças?

7. Se não as sente actualmente, quando é que as deixou de sentir?

8. Sente-se mal por não ter podido parar o que estava a fazer?

SIM _____ NÃO _____

B

1. Já viu alguém sofrer uma experiência traumática?

2. Descreva, por favor, essa experiência:

3. Quando é que isso aconteceu? ANO _____ MÊS _____

(a) Há menos de 6 meses _____

(b) Há mais de 6 meses _____

4. Depois desse acontecimento, sente que mudou?

5. Quanto tempo, desde o acontecimento, é que começou a sentir-se assim?

(a) Até 6 meses _____

(b) Mais de 6 meses _____

6. Actualmente, ainda sente essas diferenças?

7. Se não as sente actualmente, quando é que as deixou de sentir?

8. Sente-se mal por não ter podido parar o que estava a acontecer?

SIM _____ NÃO _____

II

INSTRUÇÕES: Assinale com uma cruz no SIM se as afirmações a seguir são verdadeiras sobre si, actualmente. No caso de não corresponderem ao que sente actualmente, assinale o NÃO:

1. Tem tido muitos sonhos maus ou pesadelos repetidos acerca dessa experiência?

SIM _____ NÃO _____

2. Tem tido pensamentos desagradáveis acerca dessa experiência mesmo quando não os quer Ter (contra a sua vontade)?

SIM _____ NÃO _____

3. Às vezes sente que essa experiência traumática vai acontecer outra vez?

SIM _____ NÃO _____

4. Fica muito nervoso(a) ou estranho(a) quando vê ou ouve alguma coisa parecida com essa experiência ou que lhe faz lembrar dela?

SIM _____ NÃO _____

5. O seu corpo começa a transpirar e a tremer, e o seu coração bate mais depressa quando tem uma experiência parecida com a experiência traumática?

SIM _____ NÃO _____

III

INSTRUÇÕES: Assinale com uma cruz no SIM se as afirmações a seguir são verdadeiras sobre si, actualmente. No caso de não corresponderem ao que sente actualmente, assinale o NÃO:

1. Tenho tentado não ter pensamentos ou sentir coisas dessa experiência:
SIM _____ NÃO _____
2. Tenho tentado não fazer coisas que me fazem lembrar essa experiência:
SIM _____ NÃO _____
3. Não consigo lembrar-me de coisas importantes dessa experiência:
SIM _____ NÃO _____
4. Desde que tive essa experiência tenho sentido menos vontade de estar com os amigos, jogar ou fazer coisas que gostava de fazer anteriormente:
SIM _____ NÃO _____
5. Desde essa experiência tenho-me sentido estranho e diferente dos meus amigos, como se não me importasse com eles:
SIM _____ NÃO _____
6. Por vezes, sinto-me tão triste que não consigo falar nem chorar:
SIM _____ NÃO _____
7. Tenho-me sentido incapaz de pensar no futuro:
SIM _____ NÃO _____

IV

INSTRUÇÕES: Assinale com uma cruz se tem notado as seguintes dificuldades:

1. Tenho dificuldade em adormecer ou manter-me a dormir:
SIM _____ NÃO _____
2. Sinto irritabilidade ou sentimentos de raiva que não consigo controlar:
SIM _____ NÃO _____
3. Não consigo prestar atenção, distraio-me com facilidade:
SIM _____ NÃO _____
4. Estou sempre alerta com medo de que aconteça alguma coisa:

SIM_____ NÃO_____

5. Sinto-me muito nervoso ou fico assustado com barulhos fortes ou inesperados:

SIM_____ NÃO_____

ANEXO D- Sub-teste vocabulário da Escala de Wechsler para Adultos

5. VOCABULÁRIO	Parar após 5 insucessos consecutivos.	Nota 2.1.0
1. Cadeira		
2. Tigela		
3. Arbusto		
4. Agrupar		
5. Instruir		
6. Consertar		
7. Insipido		
8. Vedação		
9. Arrancar		
10. Ficção		
11. Covil		
12. Cutelo		
13. Sanção		
14. Prevenir		
15. Edifício		
16. Perseverar		
17. Benefício		
18. Longevidade		
19. Pacóvio		
20. Vacilar		
21. Evasivo		
22. Incinerar		
23. Falsificar		
24. Conivência		
25. Monopólio		
26. Litígio		
27. Exótico		
28. Investivar		
29. Pedante		
30. Emulação		
31. Caduco		
32. Heterogêneo		
33. Apologia		
34. Anacoreta		
35. Conjectura		
Total		Max=20

Questionário Sócio-Demográfico

Idade _____

Estado Cível: _____

Habilitações Literárias:

Primária (até ao 4º ano) _____

2º Ciclo (até ao 7º ano) _____

3º Ciclo (até ao 9º ano) _____

Secundário (até ao 12º ano) _____

Universitário _____ Bacharelato _____

Mestrado/Doutoramento _____

Situação Profissional:

a) Empregado(a) _____

b) Profissão:

Desempregado(a) _____

Reformado(a) _____

Está a receber medicação psicofarmacológica?

a) Sim _____

b) Há quanto tempo?

Não _____

Está em psicoterapia/ apoio psicológico?

Sim _____ Não _____

